

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## soins générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie. La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

Entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Pathologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

ND: 34432

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2445**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **K. Benmada TAOUAD**

Date de naissance : **13-07-56**

Adresse :

Tél. : **06 29 46 59 65**

Total des frais engagés : **752** Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**الدكتورة بعثوي تحييمية**  
**BAHOUY Naima**  
**Cardiologue**  
طبيبة اختصاصية في أمراض القلب وإنعاش  
Cité Al Qods Tranche 1 Rue 16 Numéro 75  
1er étage Sidi Bernoussi Casablanca  
Tél. : 05 22 75 18 35

Date de consultation : **24/02/2020**

Nom et prénom du malade :

**Jeanne Kishkha** Age : **70**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **CASA**

Signature de l'adhérent(e) : **J.B.**

Le : **23/02/2020**

## Déclaration de Maladie

Nº P19- 0046178

ND: 34432

Optique

Autres

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **K. Benmada TAOUAD**

Date de naissance : **13-07-56**

Adresse :

Tél. : **06 29 46 59 65**

Total des frais engagés : **752** Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**الدكتورة بعثوي تحييمية**  
**BAHOUY Naima**  
**Cardiologue**  
طبيبة اختصاصية في أمراض القلب وإنعاش  
Cité Al Qods Tranche 1 Rue 16 Numéro 75  
1er étage Sidi Bernoussi Casablanca  
Tél. : 05 22 75 18 35

Date de consultation : **24/02/2020**

Nom et prénom du malade :

**Jeanne Kishkha** Age : **70**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

Fait à : **CASA**

Signature de l'adhérent(e) : **J.B.**

Le : **23/02/2020**

ACCUEIL

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
24/02/20	Actes	250	250	250

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMAKEL LISSAINE Dr Aziz LISSAINE 89 Bld Croix des Gardes Sidi Bernissi Casablanca Tél / Fax : 05 22 14 07 40 Sif	24/02/20	502,20

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la ~~acte traité~~ l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	D 00000000 00000000 B 35533411	MONTANTS DES SOINS
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. BAADDY Naima

Médecin cardiologue

Lauréate de la faculté de médecine Casablanca

Diplômée de la faculté de médecine bordeaux

Hypertension artérielle - Epreuve d'effort

Echographie doppler cardiaque et vasculaire

Holter rythmique - Holter tensionnel

# الدكتورة بعدى نعيمة

خريجة كلية الطب والصيدلة

بالدار البيضاء وبوردو بفرنسا

ارتفاع الضغط الدموي

فحص القلب والشرايين بالصدى والمولبى بالألوان

تخطيط القلب أثناء المجهود



Casablanca le :

24/01/2020

نº Jasmin Rabat Sidi Bernoussi

98,10

Coxyrel 5/10

1-0-0

3570x3

Kardeg 16 160

0-18-0

99,00x3

LD-NR2 20

0-0-1

= 502.20

دكتورة بعدى نعيمة  
Dr. BAADDY Naima  
Cardiologue  
طبيبة احستاذ في امراض القلب والشرايين  
906 Alqods Tranche 1 Rue 16 N°75  
1er étage Sidi Bernoussi Casablanca  
Tél.: 05 22 25 18 35

PHARMACIE LISSANE EDDINE  
Dr. Aziza LISSANE EDDINE  
69 Bis Groupe Al Sidi Bernoussi, Casablanca  
Tél./Fax: 05 22 74 97 40

حي القدس شارع الإمام الشافعي تجزئة إي زنقة 16 رقم 75 الطابق 1 سيدى البرنوصي - الدار البيضاء  
Cité Alqods Av. imam chaffi, Tranche1, Rue 16, N°75 1<sup>er</sup> étage - Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél.: 0522 75 18 35

