

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions 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.
- L'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.

Radiologie 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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W19-456090

ND: 29453

AD:

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 00683	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom : AOUAD M'HAMED			
Date de naissance : 11-12-1943			
Adresse : 256 Bd DE BORDEAUX APPN° 10 ETG 5 CASABLANCA			
Tél. : 05 22 26 80 80 Total des frais engagés : 2403,90 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Ahmed SENTI Radiologue 153, Rue Boukraa 10 ème Casablanca Tél / Fax : 05 22 26 80 80			
Date de consultation : 04/06/2020			
Nom et prénom du malade : AOUAD M'HAMED Age : 76 ans			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : HTA			
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 : CASABLANCA
Signature de l'adhérent(e) : 
Le : 04/06/2020

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04/10/2023			10000	INP : <input type="checkbox"/>
				Signature : AHMED BEN YOUSSEF

PHARMACIE M. YOUSSEF SQUAZZANE		EXECUTION DES ORDONNANCES	
139, Boulevard Youssef CASABLANCA - Tél. 03 22 27 25		Date	Montant de la Facture
		04/06/2022	304,90
		18/06/2022	1799,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																																												
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																												
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SOINS DENTAIRES</th> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																				
	SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																								
INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-right: 10px;" type="text"/>																																												
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-right: 10px;" type="text"/>																																												
MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-right: 10px;" type="text"/>																																												
DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-right: 10px;" type="text"/>																																												
FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-right: 10px;" type="text"/>																																												
	<p>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553																												
	H	25533412	21433552																																									
	D	00000000	00000000																																									
	B	00000000	00000000																																									
	G	35533411	11433553																																									
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-right: 10px;" type="text"/>																																											
	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-right: 10px;" type="text"/>																																											
	DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-right: 10px;" type="text"/>																																											
	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-right: 10px;" type="text"/>																																											
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																											
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																												

Docteur Ahmed SETTI

Cardiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille
Ancien Médecin des Hôpitaux de France

الدكتور احمد السطّي

احتفاً في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بليل

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا



Cabinet de Consultations
et d'Explorations Cardio - Vasculaires

Residence Internationale Casablanca 175 Rue Boukraa 1er Etage
Tél : 05 22 20 35 84 - Fax : 05 22 20 35 88
Urgences : 0661 14 32 01 - E-mail : cardiosetti@yahoo.fr

41-6120

72 4044 7449 55

150,00

- Vefron 300 mg

S.V

150,00

21,80 x 7

- Soprin 10 mg

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



24,00

- Detasol 10 mg

S.V

39,30 - Teucmid 511

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



304,90

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

Docteur Ahmed SETTI
Cardiologue

Résidence Jassim Houssam - 175 Rue Boukraa - 1^{er} étage - Casablanca - Maroc (Rue de la Foire Internationale - A côté de l'Hôpital M/y Youssef)
Tél : 05 22 20 35 84 - Urgences : 0661 14 32 01 - E-mail : cardiosetti@yahoo.fr

PHARMACIE MY YOUSSEF
 SELMA CHERIF D'OUAZZANE
 139 BD MOULAY YOUSSEF
 CASABLANCA
 Taxe Profes. N°: 35405678
 N° R.C. : 311840
 N° ID.F. : 40100310
Tel : 022222725
 Fax 022480768

N° CNSS : 6387733
 N° ICE 001597613000058

AOUAD MHAMED

I.C.E. :

Le : 18/06/2020

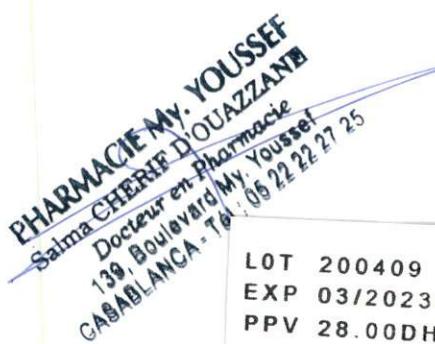
FACTURE N°: 6643/20

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
2	GLUCOPHAGE 1000 MG BT 30 CPS	28,00		56,00
1	JARDIANCE 25 MG	550,00		550,00
1	VICTOZA 6 MG BT 2 STYLOS	1193,00		1 193,00

Total : 1 799,00

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE SEPT CENT QUATRE-VINGT DIX NEUF DIRHAMS



LOT · 200409
 EXP 03/2023
 PPV 28.00DH



Victoza®
 6 mg/ml
 Solution injectable
 2 stylos pré-remplis 3ml



182-25-5696-8