

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

Données générales :

Cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

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.

Biologie 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.

Educations :

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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 0041629

ND: 44373

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4639 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELKANOUN Abdelkader

Date de naissance : 08-04-1956

Adresse : 47 Rue Art Durir Bourgogne

Casablanca

Tél. : 0664170213 Total des frais engagés : 484,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/10/2020

Nom et prénom du malade : ELKANOUN Abdelkader Age : 64 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 la 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) :




RELEVÉ 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
06/10/2020	ECG		3000fr	

DR. M. BOUDOUAA
 13, Bd Ain Taoujiet (en face de la Banque)
 Rés. Illeg. N°6 - Bourgogne - Casablanca
 Tél: 05 22 27 20 20 - Fax: 05 22 27 20 20

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/10/2020	484,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

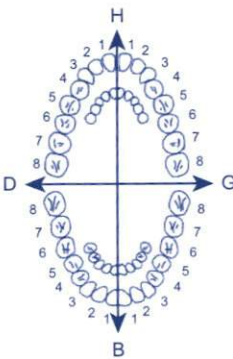
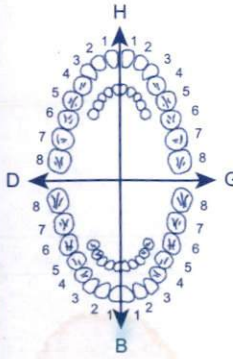
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

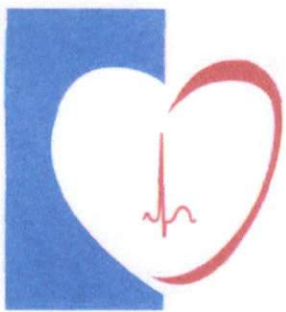
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient															
					COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS														
					DEBUT D'EXECUTION														
					FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CœFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Le 06/10/2020

باسم القاضي

Mr ELKANOUN ABDELKADER

الدكتور محمد بوزوابع
أمراض القلب والشرائين

Dr. M. BOUZOUBAÂ
CARDIOLOGUE

1/ DILRENE 300



1 / J Matin

$139,20 \times 3 = 417,60$



2/ ASKARDIL 75



1 CP / J Matin

$22,40 \times 3 = 67,20$

484,80

Traitement de 3... Mois

TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE.

Pharmacie AL FARABI
LAHBABI Amina
45, Bd de Bourgogne - Casablanca
Tél: 0522.27.35.82
TP: 35601098 - ICE: 001654187000019
INPE 092004630

Echocardiographie Doppler Couleur

Echo Doppler Veineux et Artériel

Holter Tensionnel

Holter Rythmique

Epreuve d'Effort

Urgences Cardiologiques

Dr. M. BOUZOUBAÂ
CARDIOLOGUE
13, Bd Ain Taoujtate (en face Clinique Badr)
Rés. Ilias, N°5 - Bourgogne - Casablanca
Tél : 05 22 27 20 20 - Fax : 05 22 27 15 15

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 06/2022
LOT 90012 2

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 05/2022
LOT 90039 1

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 06/2022
LOT 90012 2

139,20

139,20

139,20

13, Bd Ain Taoujtate (en face Clinique Badr)
20050 Casablanca - Tél. :

PPV
LOT
PER

PPV
LOT
PER

PPV
LOT
PER