

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

ditions 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.

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.

éducation :

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3057 Société : RAM 4873

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RAGGUI MOHAMED

Date de naissance : 04-06-58

Adresse : HABITU ELLE

Tél. : 06 99 83 26 63 Total des frais engagés : 664,50 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : BERRECHID Le : 16/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
27, Bd des FARAI Wahda TÉL: 0522 53 39 68	16/11/2020	664,55

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HO

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et

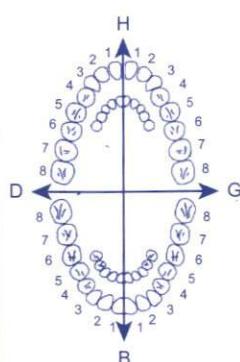
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalair

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

RELEVE DES FRAIS ET H

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et

83,10

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalain

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Lot n°:
				EXP:
				PPV:
				255 DH 00
				COEFFICIENT DES TRAITEMENTS
				Lot n°:
				EXP:
				PPV:
				255 DH 00
				MONTANT DES SOINS
				PER.: 11/2011
				KARDEGIC 160MG SACHETS B30
				P.P.V.: 35DH70
				
				6 118001 081189
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				
				6 118001 081189
				O.D.F PROTHESES DENTAIRES
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
				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



valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : Professeur Aggrégé Cardiologue
5, Rue Med. Abdouh - Casa

Certifie que M^{me}, M^{me}, M. : Tél. 05 22 29 91 55/59 - 05 22 47 26 89
BACHIR MAKHLOUF

Présente HFA + Dyslipidémie

Nécessitant un traitement d'une durée de : Longue durée

Dont ci-joint ordonnance : VOIX ordonnance

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 (fax) : 0522-22-78-18

Adresse : 5ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heinzel) Casablanca

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

*5, rue Mohamed Abdou
CASABLANCA*

*Tél. : 0522.29.81.55 / 59 ou 0522.47.26.89
Fax : 0522.22.62.97
Dom : 0522.79.85.32
GSM cabinet : 06 78 18 18 16*

Casablanca, Le 07/09/2020

Mr RAGGUI Mohamed

- 1 - TENORMINE : 1/2 CP PAR JOUR
TTT A NE PAS ARRETER.

2 - KARDEGIC 160 : 1 SACHET A MIDI
TTT POUR 6 MOIS

3 - ROSUVAS SUN 20 mg:
1 LE SOIR SANS ARRET

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél : 05.22.29.81.55/59 - 05.22.47.26.89

pharmacie SIHAM - Berrchid

SIHAM MOUAOUYA

0522533968

27.BD DES F A R AL WAHDA , BERRECHID



Facture N° 20201116-313

Date de vente : 16/11/2020

Médecin traitant :

RAGGUI MOHAMED

Maroc

ROSUVAS SUN CO 20MG B30 COMP

KARDEGIC ST 160MG B30 SACHETS COMP

TENORMINE CO 100MG B28 COMP SECA GM



2	255,00	Exonéré (0.00%)	510,00
2	35,70	Exonéré (0.00%)	71,40
1	83,10	Exonéré (0.00%)	83,10

Total HT	664,50 DHS
TVA	0 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : six cent soixante-quatre DHS
et cinquante centimes

Pharmacie Siham
27, Bd. des FAR AI Wahda
BERRECHID
Tél: 0522 53 39 68