

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Prothèse :

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 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0044236

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique **50755** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **3449** Société : **RAM**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **TOUARGA Mostapha**

Date de naissance : **1953**

Adresse : **Rue Hoult Bayle 2-77 casa**

Tél : **0666047766** Total des frais engagés : **450** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **MUPRAS 09 DEC. 2020**

Date de consultation : **02/12/2020**

Nom et prénom du malade : **Mostafa Touarga** Age : **67 ans**

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Douleurs Thoraciques, Diabète**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **SAS**


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** Le : **02/12/2020**

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

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
02/12/2020	Ca	200	200	
	ERC	50	50	
	Echoc	700	700	
			950	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

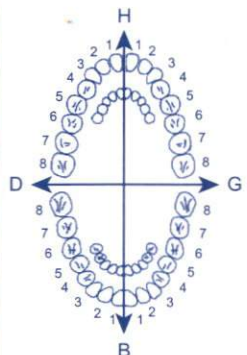
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

DR. HANANE KAMOUM

Cardiologie (Adulte et Pédiatrique)
Echocardiographie Transthoracique
Echocardiographie Transoesophagienne,
Epreuve d'effort,
Holter Tensionnel et Holter ECG
Diplômé de La Faculté de Medecine de Bordeaux
En Epreuve d'effort et en Echocardiographie
Ancien Interne au CHU de Bordeaux Pessac
Ancien Interne à L'hopital Sainte Justine à Montréal Canada



الدكتورة حنان كموم

إختصاصية في أمراض القلب للبالغين و الأطفال و الرضع
الفحص بالصدى و بالمنظار و التخطيط الكهربائي للقلب
حاصلة على دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو
طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي أوليفيك بوردو فرنسا
طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى سانت جوستين بمونتريال بكندا

Casablanca Le :

02/12/2020

Nom : TOARGA
Prénom : MOSTAFA

Dr. HANANE KAMOUM
Spécialiste en Cardiologie Adulte et Pédiatrique
29, Bd. Al Akid Alam Hay Salama 3
Sidi Ohtmane - Casablanca
Tel : 05 22 56 48 29 - Fax: 05 22 56 48 30
ICE : 001959903000096 - IF : 14409990

Facture des honoraire

CONSULTATION.....200 DHS

ELECTROCARDIOGRAMME.....50 DHS

ECHOCARDIOGRAPHIE.....700 DHS

Montant reçu pour Consultation + ECG + échocardiographie est neuf
Cents cinquante dirhams.

Identifiant fiscal : 14409990

Identifiant commun d'entreprise ICE : 001959903000096

Dr. HANANE KAMOUM
Spécialiste en Cardiologie Adulte et Pédiatrique
29, Bd. Al Akid Alam Hay Salama 3
Sidi Ohtmane - Casablanca
Tel : 05 22 56 48 29 - Fax: 05 22 56 48 30
ICE : 001959903000096 - IF : 14409990

29 شارع العقيد العلام حي السلامة 3، عمالة ابن مسيك سيدي عثمان، أمام الثانوية التأهيلية جعفر الفاسي الفهري - الهاتف : 05 22 56 48 29

05 22 56 48 30 : الفاكس : 29, Bd. Al Akid Al Alam Hay Salama 3 Sidi Ohtmane Casablanca. E-mail : Kamoumhanane@gmail.com