

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-550053

ND: 51136

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	02189	Société :	RAM.
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MAATOUQUI Mohamed
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0664022730		Total des frais engagés : 1195,50 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
	
Cachet du médecin :	08/12/2020
Date de consultation :	08/12/2020
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 Le : 08/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :





RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant de l'exécution des Actes
08/12/2010	Consultation + examen	1	250 Dhs	INP 88990180 Dr. Houda EL HADI Cardiologue Bab Al Mout Boudoua Casablanca 53 35

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMA 1 ACHÉM</i> SAIFL AU 10255 Casablanca Tél: 0523 38027 - 0523 380421 A.C. 361421	08/12/2022	945.50

ANALYSES - RADIOPHGRAPHS

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	25533412	21433552																
			00000000	00000000																
		D	00000000	00000000																
			35533411	11433553																
		B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

Docteur Houda EL HADI

CARDIOLOGUE

Maladies du cœur et des vaisseaux

Diplômée des facultés de médecine de Casablanca et Bordeaux II

Casablanca, le : 08/12/2020

M. MAATOUQUI Mohamed

38,10 x3



Régime peu salé, diabétique

COSYREL 5/5 mg : 1 comp. par jour le matin

89,20

P.P.V.

6 118001 130285
COSYREL 5mg/5mg · O
30 comprimés pelliculés sécables
PPV: 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca
PPV: 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca
PPV: 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

P.P.V.

136,60
136,60

AMLOR 5 mg : 1 comp. par jour le matin

136,60

P.P.V.

136,60
136,60

CARDIOASPIRINE 100 mg : 1 comp. par jour à midi

27,70 x3

P.P.V.

930cps
Acide acétylsalicylique · O
P.P.V.: 27,70 DH
Bayer S.A.
P.P.V.: 27,70 DH
Bayer S.A.

CRESTOR 5 mg : 1 comp. par jour au dîner

14,10 x3

*** Q.S.P. 3 mois ***

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Q1 Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V.: 114,10 DH

6 118001 183104

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Q1 Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V.: 114,10 DH

6 118001 183104

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Q1 Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V.: 114,10 DH

6 118001 183104

Dr. Houda EL HAD
CARDIOLOGUE
159, Bd Sidi Maarouf, (lot Da
1er Etage, Sidi Maarouf - Ca
Tel: 0522 58 48 57 - 06 50

PHARMACIE ARIJ
SARL AU
Route 1028 Ouled Sidi - Calidiane
Tal: 0522 58 48 50
RC: 35 421

Adresse : N° 159 Bd Sidi Maarouf (lot Dandoun), Sidi Maarouf, 1 er étage, CP 20520, Casablanca

Bur : 0522584857 Urgences : 0650695336 - Email : dr.elhadicardio@gmail.com

ECG

Dr Houda EL HADI

NOM: Mohamed MAATOUQUI ID : Genre :Homme Age :63 DOB :01-01-1956 Date of Test :08-12-2020 11:56
Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr EL HADI Houda

