

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.

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.

Thérapeutique :

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.

Déclaration de 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

UPRAS 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

51358

Déclaration de Maladie : N° P19- 0006924

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1729 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAOUF Lahcen Date de naissance : 30/06/51

Adresse : Renid. Nacra

Tél. : 06 61 29 42 55 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Miloud KASSIQU
CABINET DE CARDIOLOGIE
52, Bd Mgr V1 Kissarie Tissir
2ème Etage CASABLANCA
Tel: 0522 45 02 40/41 Fax: 0522 45 02 38

Date de consultation : 11/12/2020

Nom et prénom du malade : CHAOUF LAHCEN Age : _____

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Douleurs thoraciques

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 : CP

Le : 11/12/2020

Signature de l'adhérent(e) : LAHCEN

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
11/12/2020	Cette	2	200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/12/2020	212,60

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

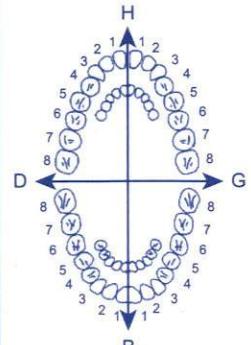
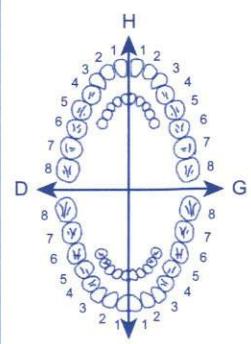
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	
	(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'EXEC



Casablanca le 11/12/2022

Cher F Lahley

9622. Riajol le 10/12/2022
Myk wa

1030 x 2
212,60 Dohipine 500 mg
Wale 30

Dr. Abderrahim
Pharmacie RESIDE
Centre Commercial
281, Bd. Brahim Roud

Tel: 05 22 23 72 69 - Fax: 05 22 23 72 69

PPV: 96DH00
LOT: J11/22
PPV: 96DH00
LOT: J11/22

PPV: 96DH00
LOT: J11/22
PPV: 96DH00
LOT: J11/22

PPV: 10DH30
LOT: J11/23
PPV: 10DH30
LOT: J11/23

ANFA * مركز أنفا للقلب
19 Bd. Ibnou Sina
Casablanca
52, Bd. VI Kissariate Tissir
2ème Etage - CASABLANCA
Tél: 0522 45 02 40/41-Fax 0522 45 02 39
PPV: 10DH30
LOT: J10/42
PPV: 10DH30
LOT: J10/42

Dr. Miloud KASSIOUI
CABINET DE CARDIOLOGIE
52, Bd. VI Kissariate Tissir
Casablanca
2ème Etage - CASABLANCA
Tél: 0522 45 02 40/41-Fax 0522 45 02 39

المستعجلات Urgence 24h/24h

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22

www.cardiocasaanfa.com - Email. contact@cardiocasaanfa.com - I.C.E. : 001742957000002

Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

05 22 94 30 22 - 05 22 94 39 33 - الفاكس: 05 22 94 30 22 - شارع ابن سينا - الدار البيضاء الهاتف:

بناتنا: 35806678 - ت: ج: 1004548 - ص و ض ج: 013 780 01 104 01384700132 48 - التعريف البنكي: 6021589



DATE D'EXAMEN : 11/12/2020

FACTURE N° 2339/20

NOM ET PRENOM : MR CHAOUF LAHCEN

DESIGNATION	NOMBRE	UNITAIRE	TOTAL
CONSULTATION + ECG	1	300,00	300,00
<u>TOTAL GENERAL</u>			300,00

**ARRETEE LA SOMME DE LA FACTURE DE :
TROIS CENT DIRHAMS ./.**



المستعجلات 24h/24h

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22

www.cardiocasaanfa.com - Email. contact@cardiocasaanfa.com - I.C.E. : 001742957000002

Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

05 22 94 30 22 - الفاكس: 05 22 94 39 33 - شارع ابن سينا. الدار البيضاء الهاتف:

بنائنا: 35806678 - ت. ج: 1004548 - ص. وض. ج: 6021589 التعرف البنكي : 48 013 780 01104 01384700132

Nom:
exe:Homme
ymptômes:

Date naiss:

Ans

10 mm/mV 25 mm/s Filtre: H50 d 100 Hz

Medicament:

cm kg

mmHg

Historiqu:

10 mm/mV

97 bpm

Etat sur latice
30/06/1959

