

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 canalaire, 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 canalaire.

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

M22- 0005762

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5018

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mme SARAJUTI Hassas

Date de naissance : 09/01/1957

Adresse :

Tél. : 06 6225 02 99

Total des frais engagés : 593.20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/07/2022

Nom et prénom du malade : S. Hassas Age : 65ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 : Casablanca

Le : 13/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNPD N° : A-A215 /2019

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
23/07/2022	Visite	300		DR Ahmed CAPABLA 0577

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DU PROGRES El GURKHA Abdeltghani 9, Place du 16 Novembre Casablanca - Tél: 0522 22 05 20 0522 22 12 06	23/07/2022	293,20

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
		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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A dental arch diagram showing upper and lower arches. The upper arch has teeth numbered 1 through 8. The lower arch has teeth numbered 3 through 8. Letters D, H, and G are placed around the arch to indicate directions: D is to the left, H is at the top, and G is to the right.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SAROUTI HASSAN

Né(e) le
Age
Sexe Masculin
Taille cm
Poids kg
Origine
PA 129/67 mmHg
Remarque

FC 77 /min

Intervalle
RR 779 ms
P 112 ms
PR 188 ms
QRS 86 ms
QT 362 ms
QTc (Bazett) 411 ms

Axes
P 55 °
QRS 31 °
T 28 °

Interprétation: RYTHME SINUSAL, ECG NORMAL

RI6 02 Rapport non confirmé



10 mm/mV 25 mm/s

0.05 - 25 Hz F50 SBS SSF

SCHILLER SWITZERLAND

10 mm/mV 25 mm/s

Pr. BENNIS AHMED

Art. No. 2157047 660011

MS-2015 V3.14 Ct



Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

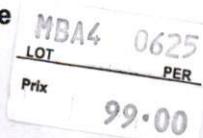
Casablanca le :

CASA , Le 23/07/2022

M. HASSAN SAROUTI

1) AMOXIL Comprime Dispersible a 1 g Bte 12 Comprime

2 comprimés 1 heure avant les soins dentaires



2) Tout geste médical ou chirurgical sous couverture antibiotique

3) MAGMINE

1 le matin, au cours du repas, pendant 1 mois

4) BEROCCA CAL BT/20 CP EFFE

Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 1 mois

5) D-CURE FORTE

1 ampoule 100.0000 UI dans un verre de lait chaque 15 jours pendant 02 mois

