

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-épreuve 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.

16/11/02

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2765

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENJIL DRISS

Date de naissance :

Adresse : 38 Rue Sidi Fateh, Impasse El Habache, Army

Tél. : 06.05.19.19.06

Total des frais engagés : Dhs

0522 20 45 45 DR CHOUALI

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/03/2013

Nom et prénom du malade : BENJIL DRISS, Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cardiopathie et hypertension artérielle

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant l' paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01/03 | C.S | | 300 DT | DR GOURAUD Cardiologue Rue Mme de la Motte 0522 44 49 05 22 44 30 Abdelhalek |
| 9093 | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur | Date | Montant de la Facture |
|---------------------------------------|----------|-----------------------|
| | 21/03/23 | 2288,40 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

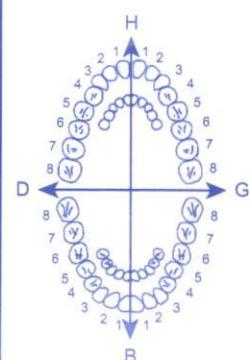
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| | 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| B | | |
| G | | |



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATION CARDIO - VASCULAIRES

Dr. Abdelkhalek CHOULADI
CARDIOLOGUE

Spécialiste Maladie du Coeur et Vaisseaux
Diplôme de la Faculté de Médecine de Paris
Diplôme de Cardiologie Adulte et Pédiatrique

Ex. Attaché des Hôpitaux de Paris

Diplôme d'Echographie - Doppler Coeur & Vaisseaux



الدكتور عبد الخالق شولادي
طبيب القلب
اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
الدورة الدموية وإرتفاع الضغط الدموي
خريج كلية الطب بباريس
الكشف بالأمواج ما فوق الصوتية والصدى للقلب

Dr. CHOULADI Abdelkhalek

Maladies du Coeur et des Vaisseaux

Casablanca le 01.09.2023
50, Rue Mostapha El Maâni - Darb Omar
Casablanca - Tel.: 05 22 44 35 39

Urgence : 06 61 16 22 29

01.09.2023

2 mois
Casablanca 01.09.2023 DR ISS
Monométrie 20 = (15 x 2)
81.00 15 → Film aortique 200 mm

195.00 12 → Coblanis 75
195.00 12 → Prevalys 11
115.00 12 ULORIC 40
262.00 99 CORMARS
189.00 12
149.00 - Lisofor = 200
2288.40 MAROMAG 375

175
115
115
75
75
115
115
115
115
115

PHARMACIE LE PRINTEMPS
Dr. JARMOUNE Ali
0522.26.47.94 / 0522.44.22.79
357 BD TAHAR AAOUI CASA

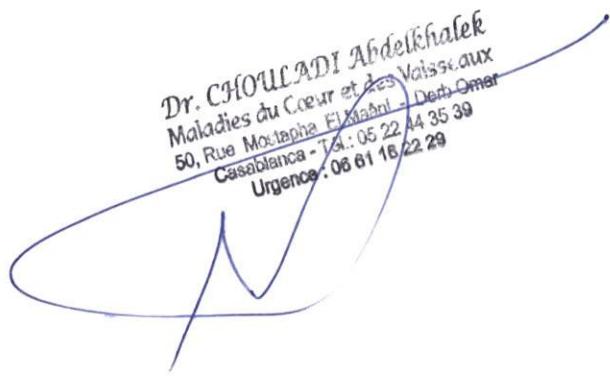
Dr. CHOULADI Abdelkhalek
Maladies du Coeur et des Vaisseaux
50, Rue Mostapha El Maâni - Darb Omar
Casablanca - Tel.: 05 22 44 35 39
Urgence : 06 61 16 22 29

زنقة موصلى لطعاني (مقابل متجر الرياض) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 49 49 / 05 22 44 35 39
50, Rue Mostapha El Maâni - (en face Centre Riad) - Casablanca - Tel.: 05 22 44 35 39 / 05 22 44 49 49

ANNEE
2010

2 mois

Dr. CHOUALADI Abdellah
Maladies du Coeur et des Veines aux
50, Rue Moulaphia El Maâni - Dab Omer
Casablanca - Tel: 05 22 44 35 39
Urgence: 06 61 16 22 29



N° 2269

BENJILIZ DRISS

Fibrocand 240



prevails

PPC : 195,00Dh

PPC : 195,00Dh

Meric 60

PPV
110DH70

PPV
110DH70

Coralan 5

CORALAN 5 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 262,00 DH
Servier Maroc - Casablanca

20 comprimés pelliculés
PPV : 262,00 DH
Servier Maroc - Casablanca

28 comprimés pelliculés
PPV : 262,00 DH
Servier Maroc - Casablanca

CORALAN 5 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 262,00 DH
Servier Maroc - Casablanca

Risofen

PPC 159,00 DH

PPC : 149,00 Dhs

PPC 159,00 DH