

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

N° W21-727015

172908

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

4809

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FAOUZI SABR

Date de naissance :

13/12/52

Adresse :

39 RUE DU MARCHE PASSIR

Tél. :

0661111961

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

19.07.2023

Nom et prénom du malade :

FAOUZI SABR

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

HZA

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Le : / /

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
19-06 0023	CSL + B6e		350,-	INP : 09109104 مختار بن الطيب النعيمي Dr. M'hamed Ben Kaddour 06/06/2014

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/8/23	1205,80

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.																		
<p>SOINS DENTAIRES</p>	<p>Dents Traitées</p>	<p>Nature des Soins</p>	<p>Coefficient</p>	INP : <input type="text"/>														
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DÉBUT D'EXÉCUTION														
				FIN D'EXÉCUTION														
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES														
				<p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> 00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>					H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	<input checked="" type="checkbox"/> 00000000	00000000	35533411	11433553	B	
				H	G													
				25533412 00000000	21433552 00000000													
				<input checked="" type="checkbox"/> 00000000	00000000													
35533411	11433553																	
B																		
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaires à la profession</p>																		
<p>MONTANTS DES SOINS</p>																		
<p>DATE DU DEVIS</p>																		
<p>DATE DE L'EXÉCUTION</p>																		

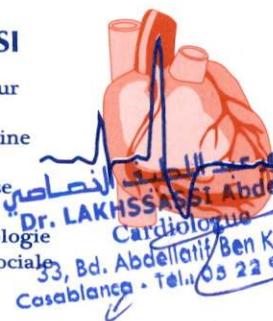
Dr. Abdellatif LAKHSSASSI

Spécialiste des Maladies du Cœur
et des Vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Montpellier

Membre de la Société Française
de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie
des Polycliniques de la Sécurité Sociale



الدكتور عبد اللطيف لخساشي
Dr. LAKHSSASSI Abdellatif

Cardiologue

33, Bd. Abdellatif Ben Kaddor
Casablanca - Tel.: 05 22 94 06 06

Casablanca, le

13.08.2023

FAOUZI SAAD

11 17g + eau = 16 112,2

176,20 x 3

21 Crestor 10
167,00 x 3

3 Caudunn 35

88,10 x 2

120 C

✓ 205,20

الدكتور عبد اللطيف لخساشي
Dr. LAKHSSASSI Abdellatif
33, Boulevard Abdellatif Ben Kaddour
Tél.: 05 22 94 06 06

LOT : 221189
EXP : 08/2025
P:

COOPER PHARMA
PPV: 88,10 DH

SYNTHEMEDIC
22 rue souher bneou al aquam roches
noires casablanca
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30
29 DMP/21INRQ P.P.V: 176,20 DH
6 118001 020898

SYNTHEMEDIC
22 rue souher bneou al aquam roches
noires casablanca
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30
29 DMP/21INRQ P.P.V: 176,20 DH
6 118001 020898

SYNTHEMEDIC
22 rue souher bneou al aquam roches
noires casablanca
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30
29 DMP/21INRQ P.P.V: 176,20 DH
6 118001 020898

Maphar
Bd Alkimiia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 167,00 DH
6 118001 183111

Maphar
Bd Alkimiia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 167,00 DH
6 118001 183111

Maphar
Bd Alkimiia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 167,00 DH
6 118001 183111

II - شقة 4 - الطابق 2 - الدار البيضاء

33, Bd. Abdellatif Ben Kaddour - Rés.

GSM : 06 61 14 48 64 - المحمول : Fax : 05 22 94 00 60

- الفاكس : Tél.: 05 22 94 06 06 - الهاتف :

ID: FAOK 25 S749
D-naiss:
ans,
19/08/2023
الدكتور عبد اللطيف الخاصي
Dr. LAKHSSASSI Abdellatif
Cardiologist
33, Boulevard Abderrahmane Ben Kaddour
T61: 05 - 00:06

10-08-2023 15:32:54
Fréq.Card: 72 BPM
Int PR: 160 ms
Dur.QRS: 99 ms
QT/QTc: 367/392 ms
Axes P-R-T: 53 1 76

