

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13.16 Société : AN ND 05/04/21
 Actif Pensionné(e) Autre : TOUFAH SORAIL
Nom & Prénom : TOUFAH SORAIL
Date de naissance : 01/06/49
Adresse : Rue 13 N° 104 oufia. Casab —
Tél. 0661517353 Total des frais engagés : 2159, 20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01 DEC 2023

Nom et prénom du malade : M2 TOUFAH ISMAÏL Age : 72

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : 1/12/2023 Le : 1/12/2023
Signature : 

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01 DEC. 2013	ECG	+2	300 Dhs	091138

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21.12	1959.20
	23	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-36), and lower right (37-48). A vertical line labeled 'H' at the top represents the midline. A horizontal line labeled 'D' on the left and 'G' on the right represents the dental arch. A vertical line labeled 'P' at the bottom represents the periodontal ligament.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Echo - doppler Cardiaque - Holter TA - Holter Rythmique - ECG Effort

Casablanca, le

01 DEC. 2023

M² TOUFIK H ISMATIC
203,000 x 6



- COUVERTURE 1500 x 4 ✓
22,000 x 6

- Débardeur 1000 x 4
20,000 x 6



- Sac de sport 1000 x 4

Tramontane de roses

Electrocardiogramme 1000 x 4 Mels
90,00



19/9/20

Pharmacie HIND
Lot Municipal Bloc 11
N°516 Bis Hay Hassani
Casa - Tél.: 0522 914 457

دكتور SOUALY M
Cardiologue
شارع الدمامبور 5 Bd. Sidi Abderrahmane
في عمارة N°10 - 1er Etage H. Hassani
الهاتف: 0522 9134 38

باندو

Sur Rendez-vous

Angle Bd Abdelhadi Boutaleb & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal B
N° 10, 1er Etage Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 0522 91 31 38

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit
Nom et prénom : TOUFAH SOAÏD
Matricule : 1316 **N° CIN :** B 187 431
Adresse : Rue 13 N° 104 oufja 680-
Bénéficiaire de soins : **Adhérent** **Conjoint** **Enfant**
Partie réservée au médecin traitant
Je soussigne : Dr SOUALY M'Souda **Spécialité :** Cardiologue
N° ICE : 011953181 000006 **N° INPE :** 091130732
Certifie que Mlle, Mme, M. : TOUFAH SOAÏD
Nécessitant un traitement d'une durée : **< 3 mois** **Entre 3 et 6 mois** **A vie**
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :
HTA, Cardiopathie Hypertensive
Dont ci-joint ordonnance :
Traitement prescrit :
C OVERAM 50/5 Icardoxic 75, Delsin 0.2 +
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables
Fait à : CasabPoud le / / 01 DEC. 2023
Cachet et signature du médecin traitant :


*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

Nom: TOUFAH ISMAIL

Date de naissance: 01/01/1949

Sexe: Masculin

Poids: -

Taille: -

Identifiant: 2216N°8

Médecin: CARDIO SOUALY M

Raison sociale:

Téléphone:

Temps d'enregistrement: 01/12/2023 10:46:57

1/1

25 mm/s
10 mm/mV

✓ : Arrêt \ : Arrêt V : Marche HR: 61 bpm

