

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 : 5841 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : 196365

Nom & Prénom : Mme BOUDHAR FATNA

Date de naissance : 01/01/1966

Adresse : Lot. sidi Abdellah Ben Ali Rue 33 n° 22 ouella Casablanca

Tél. : 0674915142 Total des frais engagés : 341,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/02/2024

Nom et prénom du malade : BOUDHAR FATNA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : MJA

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Cardi

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 : 26 FEV. 2024

Signature de l'adhérent(e) : MM



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13/12/14 | CGT ECG | | 200,00 100,00 | Mehdi BENJELLOUN CARDIOLOGUE Rue 2 N°91 - Tertre Gén. Léonard 59131 03 22 91 07 02 - 06 03 72 22 14 06 03 72 22 14 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-----------|---|
|  PHARMACIE SOUTANE Groupe K 34 N° 23/25 E. SOUTANE Tél. : 05 25 58 09 63 I.C.E : 000500246000026 | 19-2-2024 |  T = 411,80 |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODE.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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

A dental arch diagram showing upper and lower arches with numbered teeth (1-8) and directional labels D, H, G, and B.

- Upper Arch:** Labeled with 'H' at the top. Teeth are numbered 1 through 8. Directional labels include 'D' on the left, 'G' on the right, and 'B' at the bottom.
- Lower Arch:** Labeled with 'B' at the bottom. Teeth are numbered 1 through 8. Directional labels include 'D' on the left, 'G' on the right, and 'H' at the top.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le : 19/02/2024....

Nom et Prénom :

BOUDHAR Fatna

AVLOCARDYL 40

1/4 comprimé le soir, pendant 3 mois

41, 85



FLEXTONIC

1 comprimé le matin

CARTIGEN PROTECT

1 comprimé, 3 fois par jour

VITANEVRIL FORT

1 comprimé, 3 fois par jour

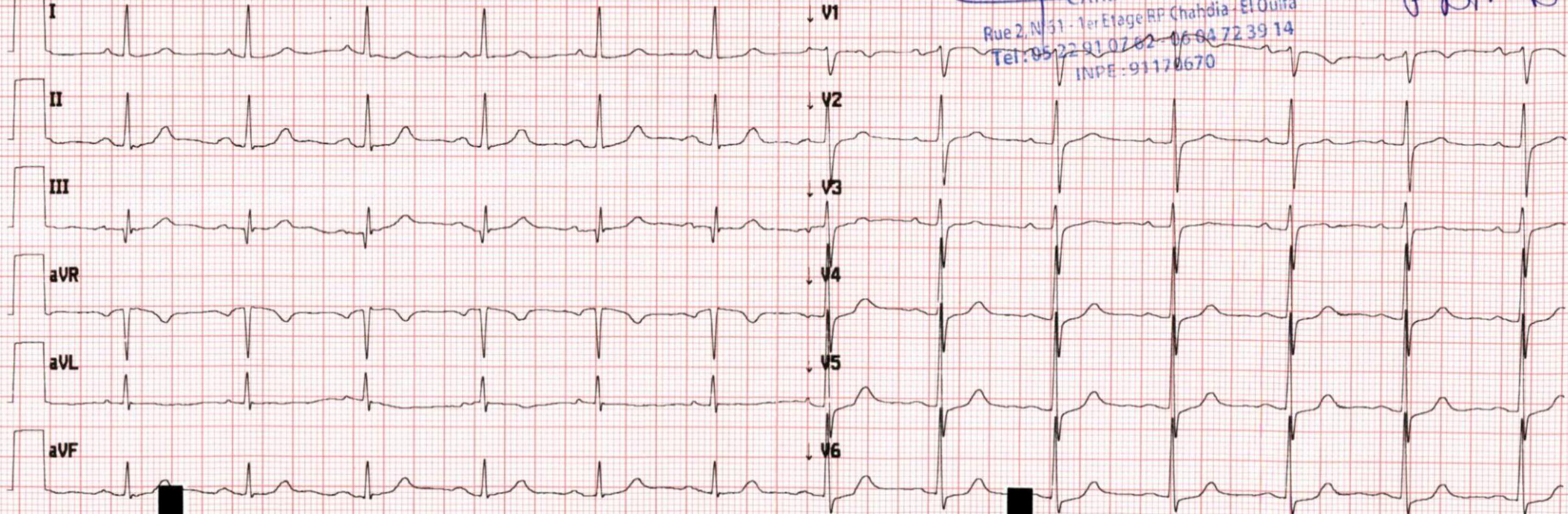
PHARMACIE SOUFIANE
Groupa K, Rue 92 N° 23/25
El Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
I.C.E : 000500246000026

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC 850
P.P.V : 41DH80
6 118000 010227

Dr. Mehdi BENJELLOUN - مهدي بنجلون
CARDIOLOGUE - إختصاصي في أمراض القلب
Rue 2, N° 61 - 1er Etage RP Chahdia - EL Oulfa
Tél : 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
INPF : 93170670

ID:
D-naiss:
ans,

19-Fév-2024 16:37:16 Fréq. Card.: 78 BPM
Axes P-R-T: 44 39 71 Int PR: 189ms
Dur.QRS: 85ms QT/QTc: 356/389ms



19-Fév-2024 16:37:16

70.557

Dr. Mehdi BENJELLOUN ج.ب.ج. م.ب
CARDIOLOGUE
Rue 2, N° 51 - 1er Etage RP Chahdia - El Oued
Tel: 0522 91 07 62 - 06 64 72 39 14
INPE: 91170670

BANDHAR

PATR A

114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site * 0 App.* 0

Version 2.0.3.5 Séquence #34132 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz