

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

- 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 : 696 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : BAAABI MAHMOUD
 Date de naissance : 01/01/1942
 Adresse : Hay AL IFTAR 1 3d Tahlka 1/7 case
 Tél. : 06 07 05 1040 Total des frais engagés : 627,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/JAN/2024

Nom et prénom du malade : BAAABI MAHMOUD Age : 82 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Cardiopathie ischémique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

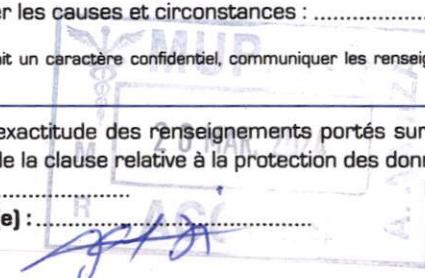
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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.

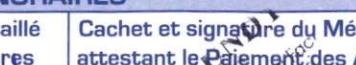
Fait à : casab

Le : 15/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
03 JAN 2024	C. TECCH		30000	 Dr. Rachid JOUNAIDI CARDIOLOGISTE 17 Bd Soughib Erroumi El Oued 1000 l'Hôpital Al Mansour 1000 TUNISIE - Tel: 05 22 76 80 11 drjounaidi@outlook.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE AMBASSADE Mohamed ARRABAZI 10 Rue du Général de Gaulle Inara 1, Algérie N°21, Casa Hall: 05 22 57 19 99	31/12/24	327,36

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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	
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>

DOCTEUR RACHID JOUNDY

Spécialiste des Maladies
du Coeur et des Vaisseaux

Echo-doppler Couleur Cardio-Vasculaire
Holter Tensionnel et Rythmique

Epreuve d'Effort

Sur Rendez-vous



NPE:091047357



الدكتور رشيد جندي

إختصاصي في أمراض القلب والشرايين

فحص القلب والشرايين بالصدى والدوبليير

الهولتر - تخطيط القلب

أثناء المجهود

بالموعد

Casablanca, le :
03/01/2024

BAABI MHAMED

- **Coplavix 75mg/100mg**
1 Comprimé, matin, pendant , 3 mois
- **Aldactone 50 mg**
1 Comprimé, midi, pendant , 3 mois
- **Torva 10 mg**
1 Comprimé, soir, pendant , 3 mois
- **Digoxine native 0,25 mg**
1/2 Comprimé, matin, pendant , 3 mois
- **Novortan 150 mg**
1 Comprimé, matin, pendant , 3 mois
- **DociVox**
1 càs, matin, soir, pendant 6 jours
- **Lovanic 500 mg**
1 Comprimé, matin, pendant , 7 jours
- **Effipred 20 mg**
2 comprimés matin, pendant 5 jours
- **Visentiel**
1 Comprimé, matin, pendant 20 jours

LOT : 230496
DUO : 05/2026
69,00DH

139,50

PPU 400H00
EXP 06/2026
LOT 32011 18

P.P.C : 79 DH
Dlws: Lot :
11/24 V307G

سام مستشفى المنصور - سيدى البرنوصي - الدار البيضاء

417, Bd. Souhaïb Erroumi, 1^{er} Etage (en face de l'Hôpital Al Mansour) - Sidi Bernoussi - Casablanca

E-mail : cardiologie.joundy@gmail.com : البريد الإلكتروني : Tél. : 05 22 76 86 41 : الهاتف

387,50

Rachid JOUNDY
Cardiologue
417, Bd. Souhaïb Erroumi, 1^{er} Etage (en face de l'Hôpital Al Mansour) - Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél. : 05 22 76 86 41 : الهاتف