

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Prothétique :

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-après 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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



47261

Déclaration de Maladie N° S19-0000333

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1423 Société : MUPRAS

Actif Pensionné(e) Autre : _____

Nom & Prénom : LECHIHEB Oua Date de naissance : 01/01/1953

Adresse : 109 B^e Damar EL KHAYAR Casablanca

Tél. : 0661176535 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

*PROFESSOR DR. EL MOKHLISI ALI
5 RUE MED. ABDOUH
0522 29 81 55 59
Professeur de Cardiologie
Dr. EL MOKHLISI ALI
5 RUE MED. ABDOUH
0522 29 81 55 59
Professeur de Cardiologie*

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/09/2022

Nom et prénom du malade : M. LECHIHEB Oua Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : H-TA + Hypertension

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 : Casa Le : 21/09/2022

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 le Paiement des Actes
07/09/2020	G		300 000	DR EL MAKHLOUF Ali Professeur Agrégé de la Faculté de Médecine de Casablanca 05/11/2019

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OLYSEE ASMAA ALI 15 bis Rue Tihane, Casablanca Tel/Fax: 032255263	07/09/2020	1568,700

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

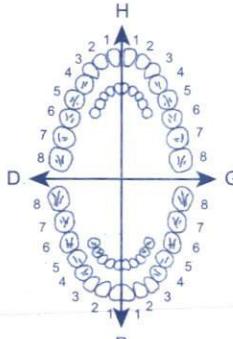
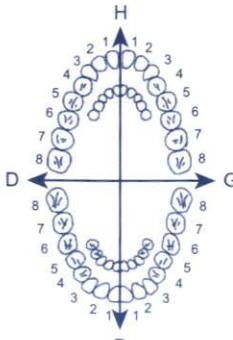
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX												
																
																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				Coefficient DES TRAVAUX												
<table border="1" style="width: 100px; margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		35533411	G	00000000	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B		35533411														
G	00000000	11433553														
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5, rue Mohamed Abdou
CASABLANCA

Tél. : 0522.29.81.55 / 59 ou 0522.47.26.89
Fax : 0522.22.62.97
Dom : 0522.79.85.32
GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Casablanca, Le 07/09/2020

Mr LECHHEB Omar

50,70 x 3
1 - CARDENSIL 2.5 mg :
1 CP PAR JOUR SANS ARRET

114,10
2 - CRESTOR 5 mg :
1 CP LE SOIR TOUS LES 3 J SANS ARRET

101,80 x 3
3 - COVERSYL 5 mg :
1 CP PAR JOUR SANS ARRET

27,70 x 3
4 - CARDIOASPIRINE 100 mg :
1 cp/j sans arrêt

437,00
5 - JANUMET 50/1000 : 1 cp x 2/j sans arrêt

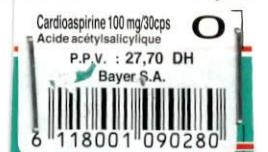
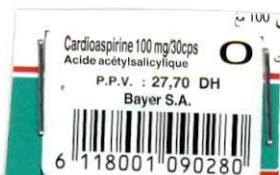
1965,70



PHARMACIE ODYSSEE
Asmaâ AMOR
bis Rue Odyssee, Ferme Bretonne
Belvédère Casablanca
Tél. FAX: 0522 25 52 63



Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp belli b30
P.P.V : 114,10 DH



Welch Allyn CardioPerfect

Nom: LECHHEB OMAR
Numéro: LECHHEB OMAR
M ou Mme: Masculin
né le:

Age: (-)

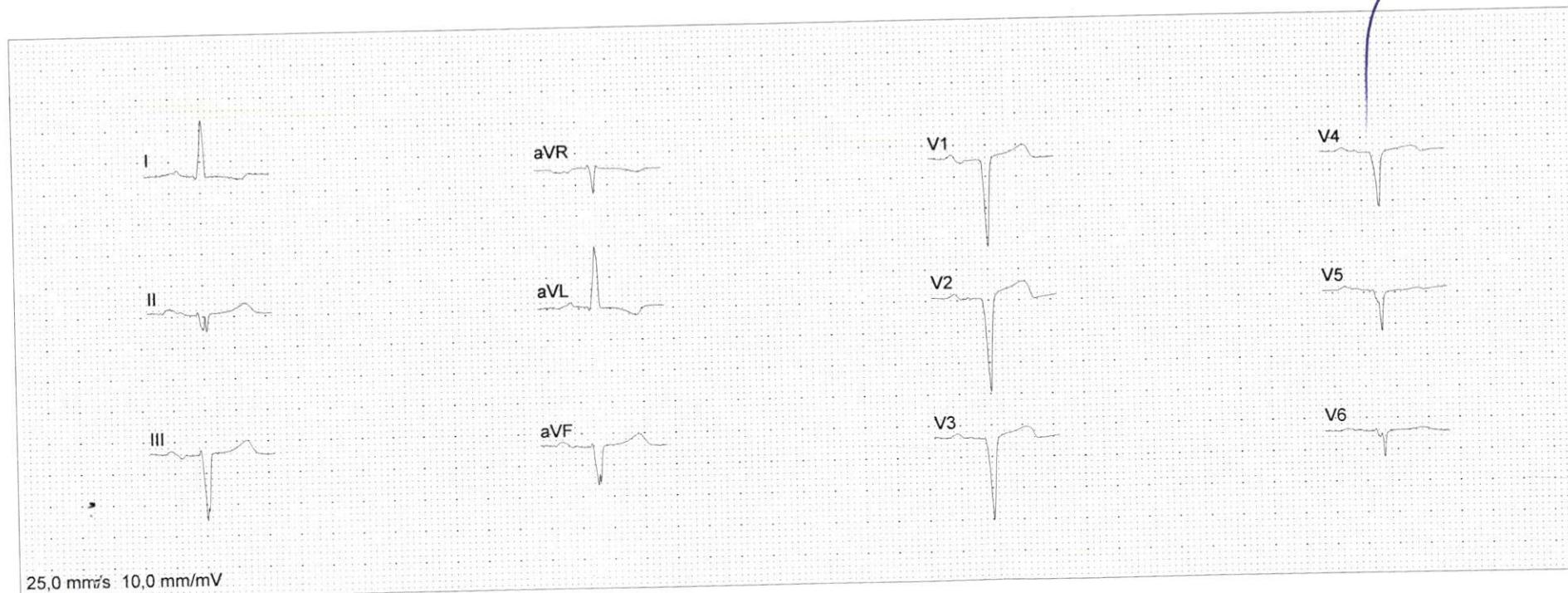
Enregistré:
Enregistré par
Médecin de référence
Endroit:
Commentaire:

07/09/2020 18:19:47

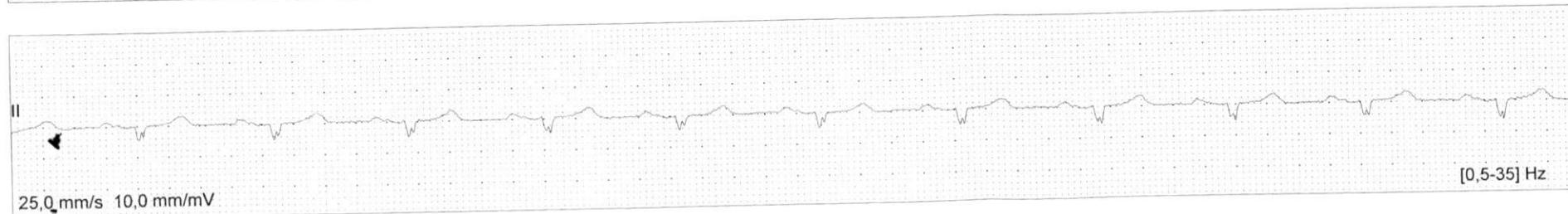
P / PQ: 153 ms/218 ms
QRS dur: 109 ms
QT / QTc / QTd: 385 m / 401 m / -
P/QRS/T axis: 55° / -46° / 97°
Rythme cardiaque: 69 bpm

+ 130/78

R 100 K



25,0 mm/s 10,0 mm/mV



25,0 mm/s 10,0 mm/mV