

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

ctions 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.

rmacie :

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.

entaire :

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

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

57413

Déclaration de Maladie : N° S19-0006051

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1423 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

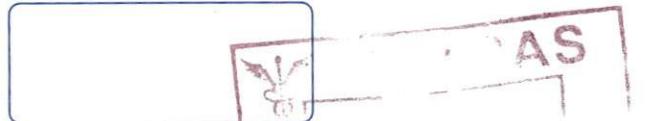
Nom & Prénom : Lee4heb aouar Date de naissance : 01/07/1973

Adresse : 109 2nd Damar EL KHAYAT Casab

Tél. : 0661170535 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le :/...../.....

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
30/12/2020	CG + ECG		300DH	<i>DR. A. D. DENTAL DENTISTE CASABLANCA GSM: 0666 5435 06</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE D'ORDRE</i>	30/12/2020	2193,90

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

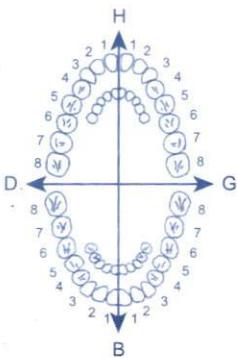
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

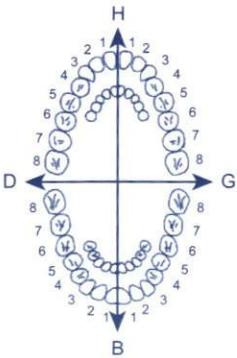
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
25533412	00000000
00000000	00000000
D	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdessamad Dahreddine

Spécialiste des Maladies du Cœur
et des Vaisseaux

Diplômé en Cardiologie Interventionnelle
à l'Université Paris XII

Ancien chef d'Unité de Cathétérisme
Cardiaque à l'Hôpital Avicenne de Rabat



الدكتور عبد الصمد ظهر الدين

أخصائي في أمراض القلب والشرايين

حاائز على دبلوم قسطرة القلب

والشرايين بجامعة باريس

رئيس سابق لقسم قسطرة القلب والشرايين

ي مستشفى ابن سينا بالرباط

Casablanca, le 30.12.2020

101,80

50,70 x 3

Mr LECHHAB Omar



1 CARDENSIEL 2,5 mg cp pellic séc : B/30

27,70 x 3 1 comprimé le matin et le soir, pendant 3 mois.

2 CARDIOASPIRINE 100 MG



1 comprimé à midi, pendant 3 mois.

101,80 x 3 3 COVERSYL 5 mg cp pellic séc : Pilul/30



1 Comprimé le matin, pendant 3 mois.

114,10 x 5 4 CRESTOR 5 mg cp pellic : Plq/30



1 Comprimé le soir, pendant 3 mois.

437,00 x 5 5 JANUMET 50 mg/1000 mg cp pellic : Plq/50x1



1 Comprimé le matin et le soir, au cours du repas, pendant 3 mois.

✓ 2193,90

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

6 118001 100859
Com C CARDENSIEL 2,5 mg B30
PPV: 50,70 DH

6 118001 100859
Com C CARDENSIEL 2,5 mg B30
PPV: 50,70 DH

6 118001 100859
Com C CARDENSIEL 2,5 mg B30
PPV: 50,70 DH

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V. : 114,10 DH
6 118001 183104

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V. : 114,10 DH
6 118001 183104

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V. : 114,10 DH
6 118001 183104

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

رواق عبد المؤمن 202، شارع عبد المؤمن، رقم 32 - الدار البيضاء

الهاتف : 06 66 54 35 06 - المستعجلات : 06 88 16 06 51 - 05 22 86 04 63

Galerie Abdelmoumen 202, Bd. Abdelmoumen, (Entre sol N° 32) - Casablanca - Tél.: 05 22 86 04 63

P : 06 88 16 06 51 - Urgence : 06 66 54 35 06 - E-mail : dahreddineabdessamad@gmail.com

Résultats mesures:

QRS	:	ms
QT/QTcB	:	/ ms
PQ	:	ms
P	:	ms
RR/PP	:	/ ms
P/QRS/T	:	/ / degr
QTD/QTcBD:	ms	
Sokolow	:	mV
NK	:	

Interprétation:

rapport non confirmé .

