

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.

Reéducation :

- 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 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.

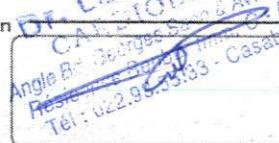
Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-494754

57746

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : U160	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AZIM SARA			
Date de naissance : 23/08/1953			
Adresse :			
Tél. : 066.21.02.74.7			
Total des frais engagés : 100000 DHS			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :  Dr. Latifa Baker C.A.T. 101 Angle Bd Georges 5 et Av. Maârif Résidence 2000 - Casablanca Tel : 02.99.55.533			
Date de consultation : 24-11-2010			
Nom et prénom du malade : AZIM SARA Age : 57			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : HYPERTONIE			
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
25/11/82	Contrôle Santé			INP : [REDACTED] Dr. Laila SAHER CARDIOLOGUE Angle 83 Général Sarras Av. Sidi Maârif Assurance maladie N° 022 98.55.33 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HILAL LABBOUDI Salwa 11, Rue Al Bachir Laâjaj Cité Plateaux - Casablanca Tél. 6772233 - 6772234 - ICE 0015132300	26.11.82	208.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

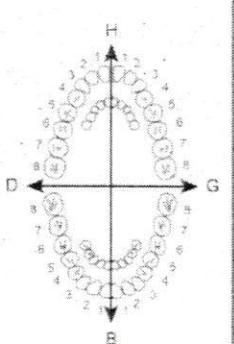
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

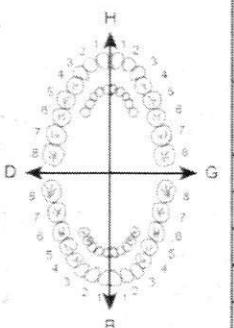
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

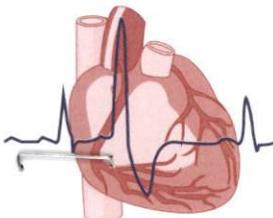
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

**Docteur Laila SAHER
CARDIOLOGUE**

Ancien Médecin Attaché au Centre National de Cardiologie et de Chirurgie Cardio-vasculaire CHU de Rabat
Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Paris



الدكتورة ليله ساهر

اختصاصية في أمراض القلب والشرايين طبيبة سابقة بالمركز الوطني والجامعي لأمراض وجراحة القلب والشرايين بم مستشفى ابن سينا - الرباط طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca, le : 24-11-2020 الدار البيضا، في :

Dme AZIM SAADIA.

180.80

1) Tareg 160 mg ٥٥٠٢

1cp/15

27.11

2) Cardioaspirine ٥٥٠٢

1cp/15

208.91

PHARMACIE EL HILAL
LAABOUDI S.A.
72 Rue Al Bachir Lahlal
Cité Plateaux - Casablanca
Tél: 0522 25 96 66 - I.C.E: 0015132390

Dr. Laila SAHER
Cardiologue
Angle Bd. Georges Sand & Av. Stendhal
Résident Imm. C, Maârif - Casablanca
Tél: 022 50 55 33



زاوية شارع جورج ساند وشارع ستاندال - اقامة بنبر - عمارة (س) - المعاريف - الدار البيضاء
Angle Bd. Georges Sand & Av. Stendhal, Résidence Benber, Imm. C, Maârif - Casablanca
Tél.: 0522 98 55 33 / 0618 27 26 66 / 0700 82 08 05 - Urgences : 0661 30 21 12
E-mail : contact.sacard@gmail.com / INPE : 091122770

(23.08.1953), 81.0 kg

140/0 mmHg

FC 77/min

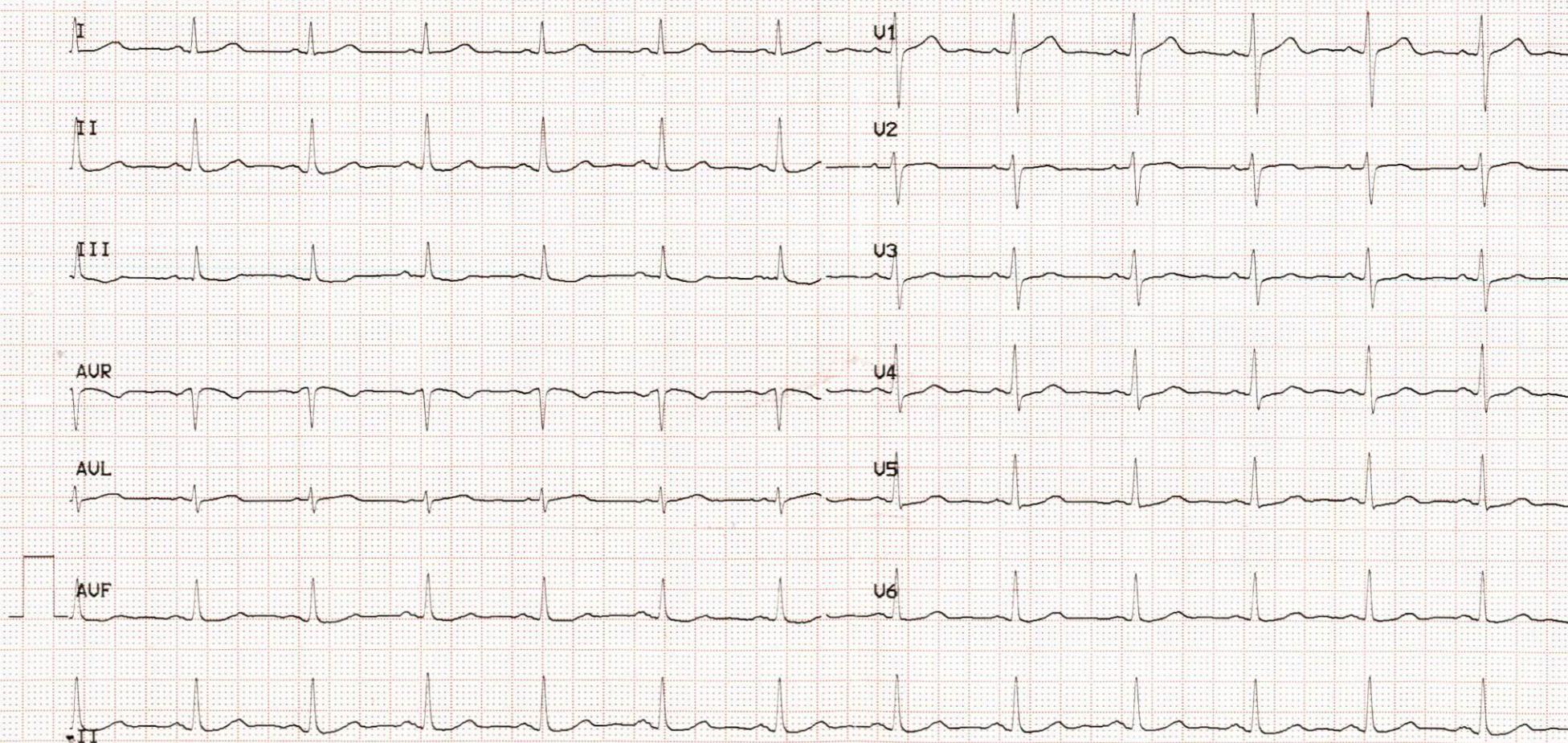
Résultats mesures:

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

Interprétation:

140/70

rapport non confirmé .



10 DEC 2020