

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.

Education :

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.

Prothèse :

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 facture radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

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

Information : contact@mupras.com
En charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La Mutuelle garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Siège social : 10 Avenue 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 545

Société :

83563

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MASROOR Abderrazak

Date de naissance :

28/01/45

Adresse :

32, B9 Kennedy Casa

Tél. :

0661 29 09 69

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) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des soins
DROITE 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 10 HAUT 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 BAS 33 34 35 36 37 38 39 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26					
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
DROITE 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 10 HAUT 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 BAS 33 34 35 36 37 38 39 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26	H	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553		
	D			G	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					

FEUILLE DE SOINS DENTAIRES
à remplir par le praticien

à remplir par l'exécutant

Mle

FEUILLE ADHERENT NOM :

DECLARATION N° W18-389510

Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes

durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les documents exigés par la Mutuelle



W18-389510

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 545

Nom & Prénom M A S R O U R Adherente

Fonction : Retraité Phones.....

Mail r.a.zak.masrour@gmail.com

MEDECIN

Prénom du patient

Mehdi Soussi

Adhérent Conjoint Enfant

Age

Date 1ère visite

15/6/2021

Nature de la maladie

HTA - Maladie chronique

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Professeur Maita NOUREDDINE

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

15/6/2021

SS

300 DH

PHARMACIE

Date

15.06.2021

Montant de la facture

PHARMACIE LAHJAJMA

Nadia ZEMMAMA

Adresse du Pharm. Résidence Taghazout

109060

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

Montant détaillé des

AM PC IM IV

Honoraires

Dr. Malika NOUREDDINE

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Coeur et des Vaisseaux
Ancien Médecin Résident des Hôpitaux de Paris



الدكتورة مليكة نور الدين

أستاذة في أمراض القلب
أخصائية في أمراض القلب والشرايين
طبيبة سابقة بمستشفيات باريس

Casablanca Le: 15/6/2021

mm
1046 - x3
① Sechol 400mg ٣ قبضات
1366 -
② Amloz 5mg ٣ قبضات
2770 x3
③ Candesartan ٣ قبضات
1857 - x3
④ Crestor 10mg ٣ قبضات
⑤ Nihoderm 70mg
١ patch
⑥ Fumonfer ٣ قبضات
Bnneé till un msi
1090.6

PHARMACIE LAHJAJMA
Nadia El Mekki - 0525 2220204
Casablanca Tel: 05 22 20 28 67

Dr. Malika NOUREDDINE
Professeur de Cardiologie
Boulevard Abou Alaa Zahr Angle Rue Tabit Bnou Koura Résidence Smail 1er Etage N° 10 (Prés de la
Faculté de médecine dentaire au dessus mama pizza) Quartier des hôpitaux - Casablanca
Tél. : 05.22.86.57.52 - Urgence : 06.64.86.46.44 - E-mail : drnoureddinemalika@yahoo.fr

71، زنقة أبو العلاء زهر إقامة إسماعيل الطالبي، الأول رقم 10 (قرب كلية طب الأسنان فوق ماما بيتزا) هي المستشفيات - الدار البيضاء
71, Rue Abou Alaa Zahr Angle Rue Tabit Bnou Koura Résidence Smail 1er Etage N° 10 (Prés de la

Faculté de médecine dentaire au dessus mama pizza) Quartier des hôpitaux - Casablanca
Tél. : 05.22.86.57.52 - Urgence : 06.64.86.46.44 - E-mail : drnoureddinemalika@yahoo.fr

Nom pat.:

Mefennouf
Soud

No pat. :

No réf. :

Né:

Age:

Ethnie:

Taille:

Poids:

TA:

Méd:

Professeur Malika NOUREDDINE

cm

kg

Quartier C - Diablogue
Rue Abou Al. Al. Zahr
Capitaine - Casablanca

06 22 86 57 52

Tel: 06 64 86 46 44

FC: 74/min

Intervalles:

RR 812 ms

P 98 ms

PQ 148 ms

QRS 78 ms

QT 396 ms

QTc 440 ms

Axes:

P (II) 0.08 mV

P 34 ° S (V1) -0.66 mV

QRS 28 ° R (V5) 1.23 mV

T 12 ° Sokol. 1.99 mV

DR NOUREDDINE

AT-101 1.25 Mm

Ma 15-JUI-21 12:10:49

