

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.

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 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 046081

H-N

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

95208

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4723

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HADDIoui ABDELHAIK

Date de naissance : 09/10/51/1959

Adresse : 44 RUE 1 ETAGE LOIN NASROLAÏT

Tél. : 0668448738

Total des frais engagés : 1702,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KHADRA MOHAMED FOUAUD
11-Bd Med V. 1^{er} étage Bureau N°16 BERRECHID
Tél: 05 22 20 45 45

Date de consultation : 04/12/2021

Nom et prénom du malade : HALIIMA ACHKAIR

Age : 61

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

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 : BERRECHID

Le : 07/12/2021

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
4/12/11	CS+Ec		+ 150,00 #	Dr. KHADIE MOURADE FOUAD CARDIOLOGUE 11- Bd Med V 1 Etage Bureau N°16 BERRECHID Tél: 06.22.32.83.03-05.22.32.63

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/19/22	14 52,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

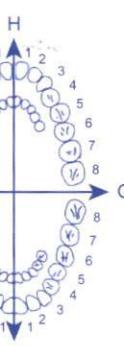
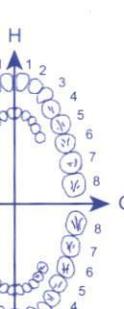
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{c c} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[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'EXÉCUTION

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheid Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



أخصائي أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بالباريسية

طبيب ساقط بمستشفى الشيخ خليفة بالباريسية

طبيب ساقط بمستشفى لوحنشيد بالمانيا

حاصل على شهادة المدرس بالصدى من جامعة بودو بفرنسا

Ordonnance

Berrechid, le :

Berrechid le : 04 décembre 2021

Mme LACHKAR HALIMA

REGIME PAUVRE EN SEL

CO-ICARD 150/12.5 MG

1 Cp/J matin à jeun

SERDEP 20MG

1Cp/j le matin

NEBILLET 5MG

1/2 Cp - 0 - 1/2 Cp

ASKARDIL 75MG

1Cp/J à midi après repas

BELMAZOL 20MG

1 gel/J le soir

ZYLAX 400MG

1 Cp/J matin pdt 7 jours

Traitement pendant : 3 Mois

Dr. IMANE ZINEB
Ste. H. Imame Zineb
Lot 345 Lycée
Tél: 0522 32 63 03
IN P. 062 105 03 90
11-Bd Med V. Bureau N°16 BERRECHID
Tel: 0522 32 63 03

Dr. KHADRE MOHAMED FOUD
CARDIOLOGUE
11-Bd Med V. Bureau N°16 BERRECHID
Tel: 0522 32 63 03

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés disperables

PPV 22DH40
EXP 05/2023
LOT 14010 7

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés disperables

PPV 22DH40
EXP 06/2023
LOT 16012 2

LOT : 210476
EXP : 03/2024
PPV : 134,30DH

LOT : 210476
EXP : 03/2024
PPV : 134,30DH

163,20

PPV : 163,20DH

163,20

PPV : 163,20DH

163,20

PPV : 163,20DH

يقطوجاسين 400 مل

LOT : W0497
PER : 07/2023
PPV : 195,20DH

Dr. IMANE ZINER
Site Pharmacie du Grand Bassin
Lot 22035926
Tél : 05 22 03 59 26
PPV : 062105050

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

V136132/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

V136132/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

V136132/01

Nom : La... Salima

Sex: Female Lit No:

Age: 61Y Date: 04/12/2021 09:42:35

SN: 001069 Section:

Cli No.: Case No.:

Fréquence: 1000Hz PR Interval: 122 ms Prompt:
Temps d'écha 49s QT Interval: 477 ms **UAD**
FC: 79bpm QTc Interval: 547 ms **ECG**
P Interval: 88ms P Axis: 62.00; a
QRS Interval: 87 ms QRS Axis: 44.40; a
T Interval: 307 ms T Axis: 33.50; a

Dr. KHADRE'S CAR
11-Bd Med V 1
Tel: 05.2.3.0.0.0.0

Docteur:

