

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.

Rééducation :

- 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 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 680

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Fouad Zouhida

Date de naissance :

6.9.1956

Adresse :

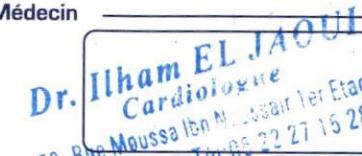
12 Rue Jean Mousset 5ème étage casab

Tél. 06 55 51 21 62

Total des frais engagés : 1149 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31.05.2012

Nom et prénom du malade : Fouad Zouhida Age :

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 :

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
3/10/2022	CS		300,00dh	Dr. Itham El Aoufi 58 Rue Moussa Ben Noussef Casablanca 781052271521

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur
Pharmacie FOUCAUDET
27, Rue Moussa Ben Noussef
Gauthier - Casablanca
Tél: 05 22 20 00 02
INPE: 092020002

Date

Montant de la Facture

30

849,00

ANALYSES - RADIOPHGRAPHS

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	Coefficient des Travaux
D	00000000	00000000	Montants des Soins	
G	00000000	00000000	Date du devis	
B			Date de l'Execution	
[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. Ilham EL JAOUI

Spécialiste en Cardio-vasculaire
ECG, HOLTER, Epreuve d'effort
Echocardiographie-Doppler



الدكتورة الجاوي إلهام
اختصاصية في أمراض القلب والشرايين
استكشافات القلب والأوعية الدموية
التخطيط، فحص القلب بالصدى

Casablanca, le 31/05/2022

Mu fousas Zentisup

19000 x 9

11 Exforge 5780 ₣

21 docibus

63.00

90 P

31 j

$x = 84900$

100 ₣

Traitements 3 Mois

Dr. Ilham EL JAOUI
Cardiologue
58 Rue Moussa Ibn Noussair 1er Et.
Casablanca - Tél: 05 22 27 15 28



58, Rue Moussa Ibn Noussair, 1^{er} étage. 20060 Casablanca 58، شارع موسى ابن نصیر الطابق الاول، الدار البيضا.

Tél.: 05 22 27 15 28 - E-mail : eljaoui82@gmail.com

En cas d'urgence : 06 62 06 04 75

05-31 15:34:56

1V:

Nom: Fouad Zoubide

12 pistes

Fréq. cardiaque : 63 bpm

Hôpital: Cabinet Cardio

Confirmé par: Dr I. EL JAOUI

TA: 143/88

P, 85Kg T, 36°C



0.1Hz - 40Hz. PM

I-aVF: 10.0mm/mV V1-V6: 0.5mm/mV