

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.

Nº M20-

0009995

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1867 Société : 120835

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : SA LIMI Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

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
13.09.2022	C3	300	300	Dr. ABDOU M. NAKHLOU Docteur Agrégé C Professeur Rue Med Abdou Bamako

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DU PETIT-ANJOU 7522739422</i>	13.9.22	826,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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															
					MONTANTS DES SOINS															
					DEBUT D'EXECUTION															
					FIN D'EXECUTION															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	D		G	B	00000000	00000000	35533411		11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552																		
D	00000000	00000000																		
D		G																		
B	00000000	00000000																		
35533411		11433553																		
		<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXECUTION

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou
CASABLANCA
Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89
Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97
GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Monsieur SALIMI Mohamed

PHARMACIE YAFA
Mme AL KHAFIT AMAL
Avenue 52 Hay Maabaraka
Sidi Bernoussi - Casablanca
TEL : 05 22 73 94 44

Casablanca le 13/09/2022

122,10 x 3

1- TRIATEC 5 MG : 1 CP PAR JOUR
TTT A NE PAS ARRETER

57,80 x 3
2- LD NOR 10 MG:
1 PAR JOUR LE SOIR SANS ARRET

89,00 x 2
3- CARDIX 25 MG:
1/2 CP PAR JOUR MATIN SANS ARRET

21,80 x 1
4- ASPEGIC 100 MG :
1 SACHET PAR JOUR SANS ARRET

82,60

Per 3 mois

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
LOT : 22E001
PER : 02 2024
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
LOT : 22E001
PER : 02 2024
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
LOT : 22E001
PER : 02 2024
6 118000 061113

LOT : 381
PER : JAN 2025
PPV : 89 DH 00

CARDIX® 25mg
28 Comprimés
6 118000 050582

LOT : 38
PER : JAN 2025
PPV : 89 DH 00

CARDIX® 25mg
28 Comprimés
6 118000 050582

TRAITEMENT EN CAS D' **TERMINER LA CHAINE VISITE**
LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :

05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54
OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83

Nom: SALIMI MOHAMED
Numéro: SALIMI MOHAMED
M ou Mme: Masculin
Né le: 01/07/1939 83 années

P / PQ: 125 ms / 162 ms
QRS: 151 ms
QT/QTc/QTd: 435 ms / 430 ms / -
Axe P/QRS/T: 30° / -52° / 34°
Rythme cardiaq 57 bpm

Enregistré: 13/09/2022 11:53:29
Enregistré par:
Médecin de référence
Médecin prescripteur:
Médecin traitant:
Endroit:
Commentaire:

INTERPRETATION NON CONFIRMEE

B 128/62

P. 68

