

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-761838

13/09/22

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	14 23	Société :	RAR
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LEEHETAB OMAR			
Date de naissance :	11/7/1953		
Adresse :	109 B2/amar EL KHAYAR. Casablanca		
Tél. :	0661176535	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. LEEHETAB OMAR
Centre de Cardiologie
Casablanca - GSM: 06 66 54 35 06

Cachet du médecin :	
Date de consultation :	14/10/2022
Nom et prénom du malade :	Leehetab Omar
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	cardiopathie ischémique
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) :

Le : / /



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
14.10.21 2022	g	CCV	300.000	INP : INPE:09115/1970 Dr. A. SAHREDJINE Cabinet d'Interventionnel Cabinet de Radiologie Casablanca - GEM - 06 66 54 35 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE ODYSSEE Asma AMOR Rue Tanane Ferme Bretonne Casablanca Tél: 0522 25 52 62	14.09.22	2373,90

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
	G	00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
	B			DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

Dr. Abdessamad Dahreddine

Spécialiste des Maladies du Cœur
et des Vaisseaux

Diplômé en Cardiologie Interventionnelle
à l'Université Paris XII

Ancien chef d'Unité de Cathétérisme
Cardiaque à l'Hôpital Avicenne de Rabat

Casablanca, le

14.09.2022

Mr LECHHAB Omar

27,70 x 3

1 CARDIOASPIRINE 100 MG

1 comprimé à midi, pendant 3 mois.

92,00 x 3

2 COVERSYL 5 mg cp pellic séc : Pilul/30

1 Comprimé le matin, pendant 3 mois.

437,00 x 3

3 JANUMET 50 mg/1000 mg cp pellic : Plq/50x1

1 Comprimé le matin et le soir, au cours du repas, pendant 3 mois.

87,00 x 3

4 BIPROL 2.5MG CP

Prendre 1/2 comprimé le matin et le soir, pendant 3 mois.

185,70 x 3

5 CRESTOR 10MG

1 comprimé le soir, pendant 3 mois.

35,70

6 ALPRAZ CP 0.5MG

1 comprimé le soir, après le repas, pendant 1 mois.

PHARMACIE
ASMA D'AMOR
15 bis, Rue Tamezane, Ferme Bretonne
Beauséjour Casablanca
Tél/Fax: 0522 25 52 63

Dr. A. DAHREDDINE
Cardiologue Interventionnel
Casablanca
GSM: 06 66 54 35 06

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V. 437,00 DH.

رواق عبد المؤمن 202، شارع عبد المؤمن، رقم 32 - الدار البيضاء

الهاتف : 06 88 16 06 51 - 05 22 86 04 63 - المستعجلات : 06 66 54 35 06

Galerie Abdelmoumen 202, Bd. Abdelmoumen, (Entre sol N° 32) - Casablanca - Tél.: 05 22 86 04 63

P : 06 88 16 06 51 - Urgence : 06 66 54 35 06 - E-mail : dahreddineabdessamad@gmail.com

Dr DAHREDDINE A.**ECG**Nom :
SN : 0001299Sex :
Case No. :Age :
Lit No. :Clinique N :
Date : 14/09/2022 16:52:39

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	--	Prompt:
Temps d'écha	8s	QT Interval:	--	
FC:	68bpm	QTc Interval:	--	
P Interval:	--	P Axis:	--	
QRS Interval:	--	QRS Axis:	--	
T Interval:	--	T Axis:	--	

Signature Medecin :