

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0013788

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 849 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom CHELLIA ABDALLAH

Date de naissance : 01.10.1950

Adresse : Res. NADIR Apt 13 EL OUIAM - Casablanca

Tél. : 06 61 33 88 91 Total des frais engagés : 1994,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur BOUGHALEB Faycal
Cardiologue
24, Bd Rachidi - Casablanca
Tél. : 05 22 26 55 11

Date de consultation : 21/11/2022

Nom et prénom du malade : M. CHELLIA Fatna Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ALD

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : CASABLANCA Le : 16/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
22/11/2022		5	302,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	22/11/22	1694,95

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

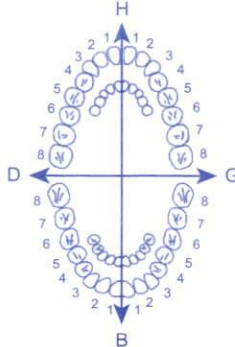
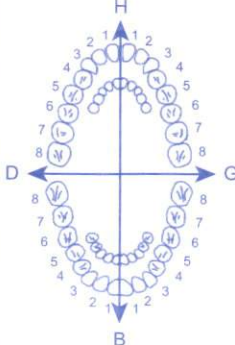
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction)			MONTANTS DES SOINS																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BOUGHALEB Fayçal

CARDIOLOGUE

Spécialiste des maladies du Cœur
des Vaisseaux et d'Hypertension Artérielle

Exploration Cardiovasculaire

Sur Rendez-vous

الدكتور فيصل بوغالاب

طبيب أمراض القلب

متخصص في أمراض القلب

الشرايين وارتفاع الضغط الشرياني

بالموعد

Casablanca, le

21/11/2022

الدار البيضاء

297,00 Fluoxetine
+ 180,00

1 cpl
Cardux 150mg
89,00 x 3

1 cpl
Rphyl 150mg
129,00 x 3
1 cpl

48,70 x 2 Diamcor 60mg
1 cpl

81,30 x 5 Lidonil 75mg
1 cpl

T = 1694,90

صيدية حي الونام
PHARMACIE HAY EL WIAM
252 BD OUED SEBOU OULFA
CASABLANCA Tél: 05 22 91 17

Docteur BOUGHALEB Fayçal
21, Bd Rachidi - Casablanca
Tél: 05 22 26 55 11
Cardiologue

LOT: 33047
EXP: 06/2025
PPV: 180,00

22729 2
06 2025

PPV: 297,00 DH

LOT: 383
PER: FEB 2025
PPV: 89 DH

LOT: 383
PER: FEB 2025
PPV: 89 DH

LOT: 380
PER: JAN 2025
PPV: 89 DH

LOT: 050
PER: JAN 2025
PPV: 129 DH

LOT: 044
PER: FEB 2025
PPV: 129 DH

Traitement de
3 (Trois) mois

78,70

78,70

LOT: 0031
EXP: AVR 2027
PPV: 81,30 DH

LOT: 0030
EXP: SEP 2027
PPV: 81,30 DH

LOT: 0031
EXP: AVR 2027
PPV: 81,30 DH

LOT: 0031
EXP: AVR 2027
PPV: 81,30 DH

EXP: AVR 2027
PPV: 81,30 DH

24, شارع الرشيدى زاوية الحسن الأول - الطابق الثالث - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.26.55.11

24, Bd Rachidi • Hassan 1er - 3ème étage • Casablanca • Tél.: 0522. 26. 55. 11 E-mail : boughalebfb@yahoo.fr - drboughalebfb@gmail.com

ECG

NOM:fatna chelliq

ID :

Genre :Femme

Age :65

DDN :06-03-1957

Date Test :10-12-2022 13:10

Dr BOUGHALEB Faycal

Case #:

Investigation #:

Médecin Référent:Dr BOUGHALEB Faycal

HR: 80

Total Batts 19, Batts Normaux 19,*** Axe Indéterminé, ECG Atypique,

Suggestion :

Docteur BOUGHALEB Faycal
Cardiologue
24, Bd Rachid, Casablanca
Tél: 05 22 55 55 11

Signature Médecin:

