

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.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0013789

14 09 88

☐ 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 - EL OULFA

CASABLANCA

Tél. : 0661338891 Total des frais engagés : 1157,90 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 : HFA + Diabète Age :

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

Nature de la maladie :

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) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'exécution des Actes
21/11/22	G + ELG		300,00	<p>Dr. Bouel ALLEB Faycal</p> <p>Cardiologue</p> <p>24, Bd Rachidi - Casablanca</p> <p>Tél: 05 22 26 55 11</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صيدية حي الوئام</p> <p>PHARMACIE HAY EL WIAM</p> <p>257 BD OUED SBOU OULFA</p> <p>CASABLANCA Tel: 05 22 91 17 13</p> <p>INPF: 00767002</p>	21/11/2022	857,90

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>											
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 35533411	00000000 11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H														
	25533412 00000000	21433552 00000000													
	D														
	00000000 35533411	00000000 11433553													
	B														
	G														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

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

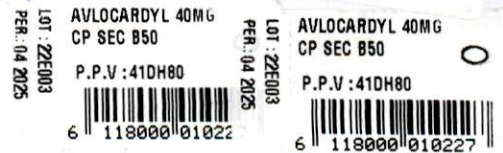
Exploration Cardiovasculaire

Sur Rendez-vous

الدكتور فيصل بوغالاب

طبيب أمراض القلب
متخصص في أمراض القلب
الشرايين وارتفاع الضغط الدموي
بالموعد

Casablanca, le 21/11/2022



Traitement de
3 (Trois)
mois



صيدية حي انونام
PHARMACIE HAY EL WIAM
252 BD OUED SEBOU OULFA
CASABLANCA Tél: 05 22 91 17
IND: 007020040

PPV: 45,00
LOT: 45,00
PER: 45,00
PPV: 45,00
LOT: 45,00
PER: 45,00

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

24, شارع الرشيد 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

Dr BOUGHALEB Faycal

Suggestion :

NOM:abdellah chelliq

ID :

Genre :Homme

Age :72

DDN :01-01-1950

Date Test :10-12-2022 13:31

Case #:

Investigation #:

HR: 70

Total Batts 10, Batts Normaux 9,ESV 1,*** Bloc fasciculaire antérieur gauche, (Axe QRS <= 316, qR en DI, rS en DII,) ECG Anormal ECG,

Docteur BOUGHALEB Faycal
Cardiologue
24, Bd Rachidi - Casablanca
Tél. : 05 22 25 53 11

Médecin Référent:Dr BOUGHALEB Faycal

Signature Médecin:

