

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

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *6836*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *OUAKIA DU STADHA*

Date de naissance : *17.09.1954*

Adresse : *951 BOULEVARD DE LA MOURNE CASABLANCA*

Tél. : *0661 15 02 83*

Total des frais engagés : *2132,100 Dhs*

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *27.11.2022*

Nom et prénom du malade : *OUAKIA DU STADHA*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie : *ATL*

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

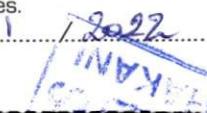
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : *23.11.2022*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficients | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-------------------------|-------------------|------------------------|---------------------------------|--|
| 29/07/2011 M 2011 | Vaccin | 1 | 3000 | ammed BENNIS s maladies s salaires Casablanca 100 |

| | | |
|---|---|---|
| PHARMACIE KAIMOUI Bachet du Pharmacien du Fournisseur 465, Lot. Albymoulin Sablance - T.P. 1781 - CP 1781 - T.F. 05 22 23 38 | PROFESSEUR Spécialiste Cabinet Médecin 28 Rue Kadilia Maïdi Tel : 05 22 23 38 | PROFESSION DES ORDONNANCES Spécialiste Médecin de la Facture 98 Rue Kaimoui Tel : 05 22 23 38 |
|---|---|---|

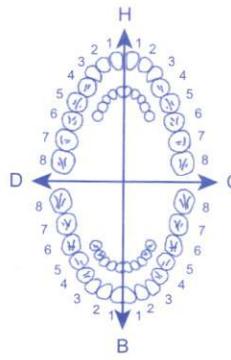
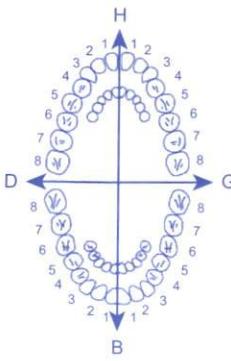
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | |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

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 canalaire, 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 | | |
|  | | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— 00000000 00000000 35533411 11433553 B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | (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 | | | |



Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7882160246

92,00

Casablanca le :

CASA , Le 28/11/2022

PHARMACIE LAIMOUN SARL AU
466, Lot. Allaymoune Lissasfa
Casablanca - Tél.: 05 22 90 94 94
RC : 381781 - T.P. 36293297 - IF : 24821866
ICE : 001850225000089

M. MUSTAPHA OUAKIM

27.70 x 3

X 1) CARDIOASPIRINE Comprime Gastro-Résistant à 100 mg Bte 30 Comprime

Prendre 1 comprimé à midi, au cours du repas, pendant 3 mois

50,70

2) CARDENSIEL 2.5 MG BT/ 30 CP

Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

92,00

3) COVERSYL 5 MG

1 le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

147,40

4) ROZAT 10 MG

1 le soir, au cours du repas, pendant 3 mois

119,100

5) FORXIGA 10 MG

1 le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

56,180

6) ALDACTONE Comprime à 50 mg Bte 20 Comprime

Prendre 1/2 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

139,100

7) INESO

1 le matin, avant le repas, pendant 3 mois

x3

1832,40

1 boite



Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies
cardiovasculaires
98 Rue Kadi lass Maarif - Casablanca
Tel 05 22 25 34 90

