

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.

M22- 0010114

11/12/2019

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04641 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DIABE A. ISS

Date de naissance : 01.01.1944

Adresse : Dar Salama - Rue J. Int'l 3 N° 7. A

Tél. 06 11 12 06 15 Total des frais engagés : 2.649,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/11/2019

Nom et prénom du malade : M. DIABE Driss Age : 78 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : 29/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :

IAK

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
25.11.2021	602 (3+1)	300	300	DR. M. N. BENNAR
				Dr. Mme. N. BENNAR 136, Rue Ibn El Ouannane, Hay Mohammad. Casablanca +212 05 22 60 07 19
				25.11.2021

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE IKHLAS Dr. Mme. N. BENNAR 136, Rue Ibn El Ouannane, Hay Mohammad. Casablanca +212 05 22 60 07 19	25.11.2021	2349,90

ANALYSE - RADIGRAPHIES

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	

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 DIABE Driss

Casablanca le 25/11/2022

222185 06 2026 31.30	222185 06 2026 31.30	222185 06 2026 31.30
1- ZYLORIC 20 1 CP PAR JOUR PPV : 147DH40 PER : 09/24 LOT : L2954-2	PPV : 147DH40 PER : 09/24 LOT : L2954-2	PPV : 147DH40 PER : 09/24 LOT : L2954-2

3130 x 4

14740 x 4

2- ROZAT 10 MG.

1 cp le soir sans arret

35170 x 3

3- KARDEGIC 160 MG :

1 SACHET PAR JOUR SANS ARRET

31010 x 4

4- EXFORGEHCT 10MG/160 MG

1 CP PAR JOUR SANS ARRET

72100 x 4

5- DETENSIEL 10MG

1 CP PAR JOUR SANS ARRET

KARDEGIC 160MG SACHETS B30	KARDEGIC 160MG SACHETS B30	KARDEGIC 160MG SACHETS B30
P.P.V : 35DH70	P.P.V : 35DH70	P.P.V : 35DH70

EXFORGE HCT 10mg/160mg/12.5mg 28 comprimés pelliculés PPV : 310.00 DH	EXFORGE HCT 10mg/160mg/12.5mg 28 comprimés pelliculés PPV : 310.00 DH	EXFORGE HCT 10mg/160mg/12.5mg 28 comprimés pelliculés PPV : 310.00 DH
tribué par Cooper P	tribué par Cooper P	tribué par Cooper P

118001 1017 PPV : 72,00 DH	118001 1017 PPV : 72,00 DH	118001 1017 PPV : 72,00 DH
tribué par Cooper P	tribué par Cooper P	tribué par Cooper P

Re 3 mois

2349,90

Dr. EL MAKHLOUF Ali

Welch Allyn CardioPerfect

Nom: DIABE DRISS
Numéro: DIABE DRISS
M ou Mme: Masculin
né le: 01/01/1944 Age: 78 ar

Enregistré:
Enregistré par
Médecin de référence
Endroit:
Commentaire:

25/11/2022 11:17:58

P / PQ: 123 ms / 160 ms
QRS dur: 103 ms
QT / QTc / QTd: 413 ms / 422 ms / -
P/QRS/T axis: 55° / -36° / 54°
Rythme cardiaque: 65 bpm

TA: 144 / 68
p: 65 kg

