

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

149418

Déclaration de Maladie

M22- N° 001339

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3450

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL KHATTABI

Driss

Date de naissance : 17-5-1954

Adresse : 57 Rue Loudaya Hay Almaghrib Al Jadiid Benrechid

Tél. : 06.68.17.32.63 Total des frais engagés : 1.667,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/02/2023

Nom et prénom du malade : CHEHBI Soumaya Age : 31/11/1959

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : H-TA

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 : Benrechid

Le : 03/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
03.02.2023	Ecole Per Veins	300.00	300.00	RENAKIN Prestation de soins

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL OUM 52, Boulevard Al Haoua - Béchar Télé: 0222 32 41 76 - Béchar	03/02/2023	467,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

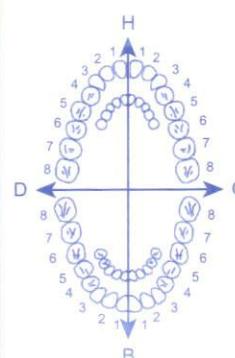
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAISES

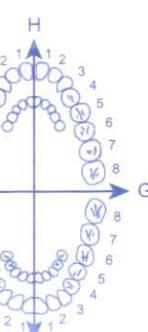
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

 $\begin{array}{c} 1 \\ \downarrow \\ 1 \end{array}$	 $\begin{array}{c} 21433552 \\ \\ 25533412 \\ 00000000 \\ \hline 00000000 \\ 35533411 \\ 11433553 \end{array}$
--	--

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
B																				

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

LOT 211293 1
 EXP 05 2024

P.P.V : 97.20 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

LOT 221049
 EXP 04 2025
 P.P.V 97.20

LOT 221049
 EXP 04 2025
 P.P.V 97.20

Madame CHEHBI Soumya

Casablanca le 03022023

3x97,20

1- ZANIDIP 10MG : 1 CP PAR JOUR SANS ARRET

28,80 x 3

2- VITAVEVRYL FORTE

1 CP X 3 PAR J X 3 MOIS

89,10 x 1

3/ ADDITVA MAGNESIUM

1 SACHET PAR J X 1 MOIS



~~Pharmacie AL OUM~~
 Mme BERRADA Jihane
 Pharmaciennes
 5 Rue Mohamed Abdou - Casablanca
 Tel: 0522 29 81 55 / 59 - 0522 47 26 89

Dr. EL MAKHLOUF Ali
 Professeur Agrégé Cardiologie
 5, Rue Med. Abdouh - Casablanca
 Tél: 0522 29 81 55 / 59 - 0522 47 26 89

MAGNESIUM
300 mg
GOUT CITRON - SANS SUCRE
ADDITIVA
 PPC : 89DH00

Ch.B.: / A consommer de préférence avant fin:

L11007 04 | 24

TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE
EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :

05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54

OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83

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
Fax : 0522.22.62.97
GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Casablanca, le 03/02/2023

MME CHEHBI SOUMYA

ECHO DOPPLER VEINEUX

Veine cave inférieure
libre.

Veines iliaques
libres.

Axes veineux fémoraux poplités sural droit et gauche ::
Pas de reflux.
Pas de phlébite ni séquelle de phlébite.

Saphène interne droite et gauche :
Continence normale.

Saphène externe droite et gauche :
Continence NORMALE

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé à Cardiologie
5, Rue M. I. Abdou - Casablanca
Tel: 0522.29.81.55/59 - 0522.47.26.89

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
Fax : 0522.22.62.97
GSM cabinet : 06 78 18 18 16
CASABLANCA Le vendredi 3 février 2023

Mme CHEHBI Soumya

CONSULTATION..... 300.00DHS

ECHO VEINEUX 900,00DHS

Arrêtez la présente facture à la somme de 1200.00DHS

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Mod. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

EN CAS D'URGENCE APPELEZ LA CLINIQUE JERRADA
0522238181
DR EL MAKHLOUF 0661131483

valable 3 mois

Le 03 / 02 / 2023.

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr. EL MAHLOUF
Professeur Agrégé Cardiologue

5, Rue Med Abdouh - Casa

Tel: 05 22 29 81 66/60 - 05 22 47 26 89

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Chabri Sennaya*

Présente *Hypertension artérielle*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

de longue durée

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. EL MAHLOUF
Professeur Agrégé Cardiologue
5, Rue Med Abdouh
Tél: 05 22 29 81 66/60 - 05 22 47 26 89
Casa