

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

- Reclamation : 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

A 54674

Déclaration de Maladie : № S19-0051143

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12345

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ATTIF SOUFIANE Date de naissance : 01-05-1982

Adresse : LOT AL KROUZAMA 14425 AFTIS LISSEKKA CASAB

Tél. : 0661 1149 86 Total des frais engagés : # 429,00 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Malika Noureddine
Cardiologue
INPE : 091026849

Date de consultation : 20/3/2023

Nom et prénom du malade : ATTIF SOUFIANE Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTP

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

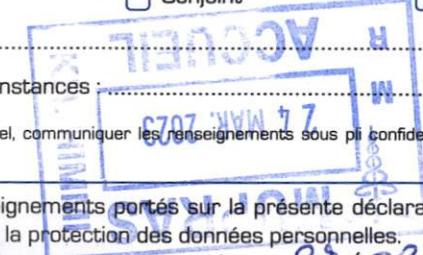
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CARDA

Le : 22/03/2023

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
20/3/2023	CS	300 DH	300 DH	Signature: Professeur Hassan NOUNI Radiologue INPE: 000123456789

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HASSANA SARL 118 - 110, 1 ^{er} étage Lot Al Khouzama Casablanca Tél: 05.22.65.02.42	3.23	129,-

ANALYSES - 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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION					
FIN D'EXECUTION					
CŒFFICIENT DES TRAVAUX					
DATE DU DEVIS					
DATE DE L'EXECUTION					
ODF PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				CÔTE D'EST
	H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000			
B	00000000	00000000			
G	35533411	11433553			
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CÔTE D'EST	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Malika NOUREDDINE

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Coeur et des Vaisseaux

Ancien Médecin Résident des Hôpitaux de Paris



الدكتورة مليكة نور الدين

أستاذة في أمراض القلب

أخصائية في أمراض القلب و الشرايين

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس

Casablanca Le 20/3/2023

MR Aatif Sufiane

Angkor Song

3x43,00 / 128 كم +

PPV 43DH00
PER 01/25
LOT L3884



Driss 123
128, n° .

PPV 43DH00
PER 01/25
LOT L3884



71، زنقة أبو العلاء زهر إقامة إسماعيل الطايف الأول رقم 10 (قرب كلية طب الأسنان فوق ماما بizza) هي المستشفيات - الدار البيضاء

71, Rue Abou Alaa Zahr Angle Rue Tabit Bnou Koura Résidence Smail 1er Etage N° 10 (Prés de la

Faculté de médecine dentaire au dessus mama pizza) Quartier des hôpitaux - Casablanca

Tél. : 05.22.86.57.52 - Urgence : 06.64.86.46.44 - E-mail : drnoureddinemalika@yahoo.fr

Nom pat.:

No pat. :

No réf. :

Né:

Age:

Ethnie:

Taille: cm

Poids: kg

TA: mmHg

Méd:

DR NOUREDDINE

AT 101 1.25 Mm

AH
S. Djiane

FC: 75/min

Intervalles:

RR 805 ms

P 122 ms

PQ 156 ms

QRS 80 ms

QT 354 ms

QTC 398 ms

Axes: P (II) 0.10 mV

P 34 ° S (V1) -0.97 mV

QRS 57 ° R (V5) 0.84 mV

I 21 ° Sokol. 2.42 mV

Lu 20-MAR-23 16:52:00

