

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

11-9738

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 25A2

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUAMIAH DE Ahmed

Date de naissance :

03/03/1952

Adresse :

Tél. : 0668555531

Total des frais engagés : 1818,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR A. DAHREDDINE
Cardiologue Interventionnel
Centre Cardiologique
Casablanca - GSM: 06 66 54 37 86

Date de consultation :

07/02/2023

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

cardiopathie ischémique

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 : CPSA

Le : / /

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
07/02/21 2023	X		300.00	INP : INP 091151191 Dr. A. A. HREDDINE Cardiologue Interventionnel Centre de Cardiologie. Casablanca - GSM: 06 66 54 35 06

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ANISSA CASABLANCA ZONE 12	7.02.23	1518,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

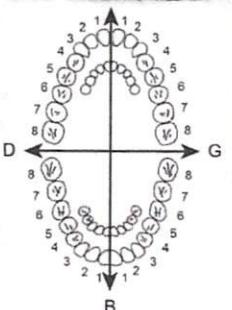
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

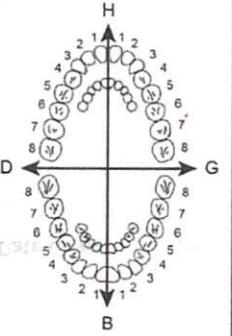
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

DR .ABDESSAMAD DAHREDDINE
Spécialiste des Maladies du Cœur et
Des Vaisseaux
Diplôme en cardiologie interventionnelle
à l'université paris XII
Ancien chef d'unité de cathétérisme
Cardiaque a l'hôpital Avicenne de rabat

الدكتور عبد الصمد ظهر الدين

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين
 حائز على دبلوم قسطرة القلب
 و الشرايين بجامعة باريس
 رئيس سابق لقسم قسطرة القلب و الشرايين
 بمستشفى ابن سينا بالرباط



07.02.2023

CASABLANCA :.....

Mr BOUMHAMDI Ahmed

$151,60 \times 3 = 454,80$
 1 SULIAT 5MG /80MG CP



1 comprimé le matin, pendant 3 mois.

$72,00 \times 3 = 216,00$
 2 DETENSIEL 10 mg cp pellic séc : Plq/30



1 comprimé le matin, pendant 3 mois.

$27,70 \times 3 = 83,10$
 3 CARDIOFLEX CP 100MG



Cardio A périne

1 Comprimé à midi, après le repas, pendant 3 mois.

$25,50 \times 4 = 76,50$
 4 ROSUVAS CP 20MG



1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois.

*Dr. A. DAHREDDINE
 Cardiologue Interventionnel
 Casablanca
 GSM: 06 66 54 35 06*

$151,89,80$

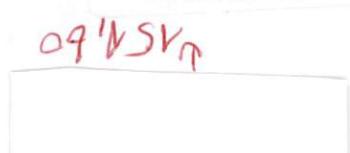
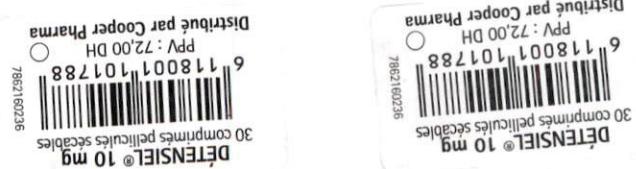
*PHARMACEUTIQUE
 Abdelmoumen
 Casablanca
 Tel: 05.22.86.04.63
 05.22.89.34.94*

$63,46 \times 20 = 1269,20$

رواق عبد المؤمن 202.شارع عبد المؤمن رقم 32- الدار البيضاء

الهاتف : 0688.16.06.51-05.22.86.04.63 - المستعجلات: 06.66.54.35.06

Galerie Abdelmoumen 202 bđ. Abdelmoumen(Entre Sol n°32)-Casablanca
 TEL: 05.22.86.04.63 - P : 06.88.16.06.51- Urgence : 06.66.54.35.06
 E-mail : dahreddineabdessamad@gmail.com



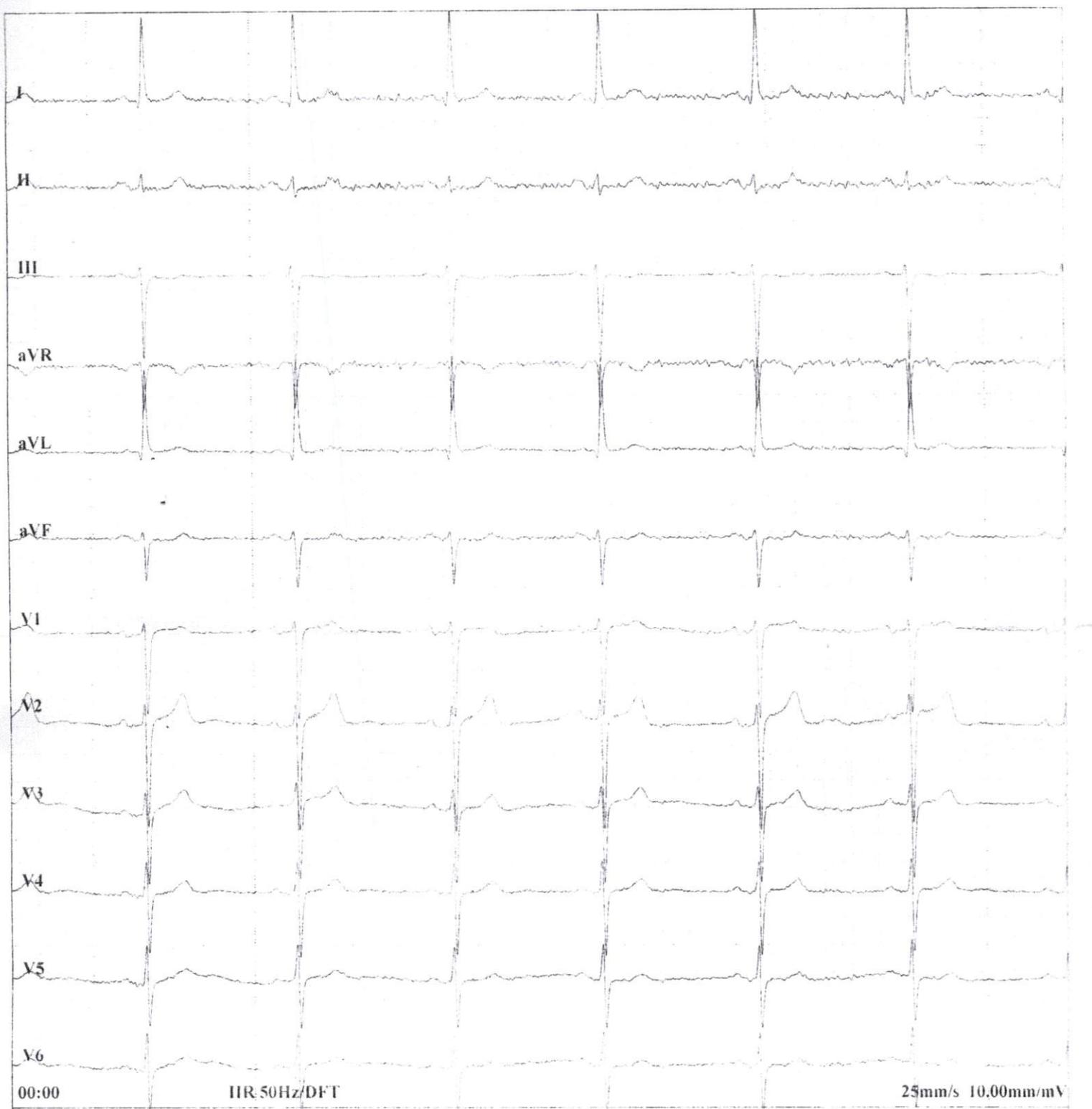
BOUTHAMDE

Ahmed Dr DAHREDDINE A.

Le 28/12

ECG

Nom : Sex : Age : Clinique N : Section :
SN : 0001300 Case No. : Lit N^o : Date : 07/02/2023 13:56:38



		Prompt:
Fréquence:	1000Hz	PR Interval:
Temps d'écha	8s	QT Interval:
FC:	53bpm	QTc Interval:
P Interval:	--	P Axis:
QRS Interval:	--	QRS Axis:
T Interval:	--	T Axis:

Signature Medecin :