

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-761818


164696

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1423 Société : RAA
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LECHHEB Omar
 Date de naissance : 1/7/53
 Adresse : 109 St Omar EL KHAYAT Casablanca
 Tél. : 064776375 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 28/03/2023
 Nom et prénom du malade : Lechheb Omar Age : _____
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : cardiopathie isémique
 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 : _____ Le : 16/23
 Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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
28.03.1970	✓	ecv	300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/03/2023	3389,10

[illegible]

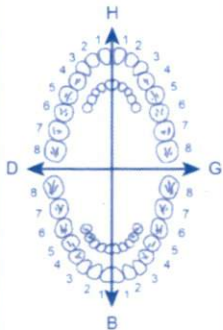
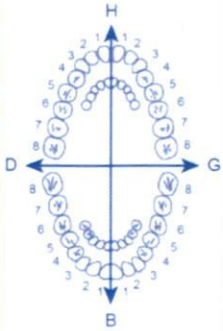
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				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 <table border="1" style="margin: 10px auto;"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D G </div>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	[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

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 à 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

CASABLANCA :
28.03.2023

Mr LECHHAB Omar

1 CARDIOASPIRINE 100 MG

1 comprimé à midi, pendant 3 mois.

2 JANUMET 50 mg/1000 mg cp pellic : Plq/50x1

1 Comprimé le matin et le soir, au cours du repas, pendant 3 mois.

3 BIPROL 2.5MG CP

1/2 comprimé le matin, pendant 3 mois.

4 ALPRAZ CP 0.5MG

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

5 UPERIO 50MG CP

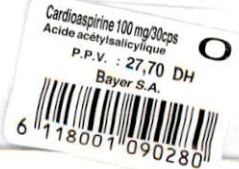
1 comprimé le matin et le soir, pendant 3 mois.

6 FORXIGA CP 10MG

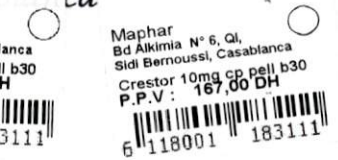
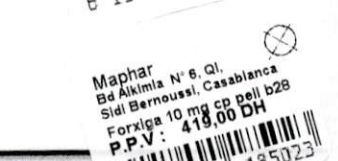
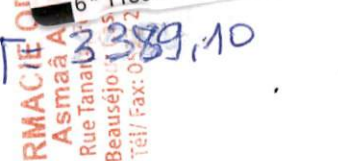
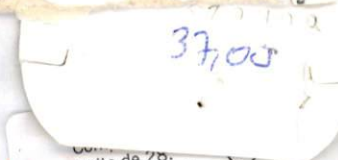
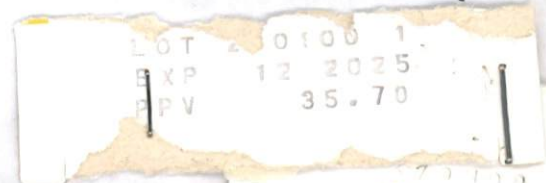
1 Comprimé le matin, pendant 3 mois.

7 CRESTOR 10 mg cp pellic : Plq/30

1 comprimé le soir, pendant 3 mois.



Distribué par MSD MAROC.
 AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
 P.P.V. : 437,00 DH.



(imble de 1 semaine)

Rm de 30

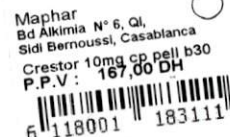
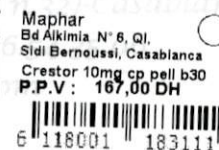
رواق عبد المومن 202. شارع عبد المومن رقم 32- الدار البيضاء

الهاتف : 06.66.54.35.06-0688.16.06.51-05.22.86.04.63 المستعجلات:

Galerie Abdelmoumen 202 bd. Abdelmoumen (Entre Sol

TEL : 05.22.86.04.63 - P : 06.88.16.06.51- Urgence : 06.6

E-mail : dahreddineabdessamad@gmail.c



Résultats mesures:

QRS : ms
 QT/QTcB : / ms
 PQ : ms
 P : ms
 RR/PP : / ms
 P/QRS/T : / / degr
 QTD/QTcBD : ms
 Sokolow : mV
 NK :

Interprétation:

rapport non confirmé ..

