

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 545 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MASROUR Abderrazak

Date de naissance : 28/01/45

Adresse : 32, Bd Kennedy Casa

Tél. : 0661290969 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/11/2023

Nom et prénom du malade : Mefrouz Saad Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA Maladie Chronique

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 : _____ 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 de signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------------|--|
| 13/11/2023 | CS@ ECG | 300DH | Cardiologue 09/10/2023 | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE RESIDENCE ANNEAUX Sihem GHEFIRAOUI Dacteuil de pharmacie numerique 4, Résidence Année - Orléans 13/11/2023 | 13/11/2023 | 1252,10 |

ANALYSES - RADIographies

| PHARMACIE RESIDENCE ANNAY Signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| Docteur en Pharmacie 4, Résidence Annay - Oujda Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca. | 13/11/2023 | 125000 | |

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 :

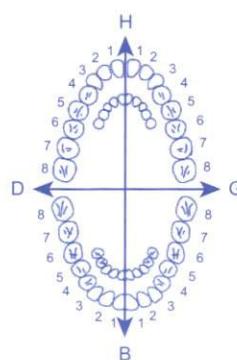
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | D |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux
Ancien Médecin Résident des Hôpitaux de Paris



أستاذة في أمراض القلب

أخصائية في أمراض القلب والشرايين
طبيبة سابقة بمستشفيات باريس

Casablanca, le:

13/11/2023

Mme Mekhfiar Smaïl

104,00 X 3

75

① Sechof 400mg SCP 1.

89,00 X 1

75

② Amfor 10mg SCP 1.

27,70 X 3

75

③ Cordinap 100mg SCP 1.

162,00 X 3

75

④ Creduc 10 mg SCP 1.

1252,10

PHARMACIE RÉSIDENCE ANNAM
Siham Gharbi Pharmacie
Docteur Dr. El Hachemi
4, Résidence Annam - Oulala
Rét: 0522 89 43 09 - Casablanca

Duree traitement 3 mois

Dr. Malika NOUREDDINE
Cardiologue
Tél: 0940268919

Cardioaspirine 100 mg/30cps O
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

104,50

Cardioaspirine 100 mg/30cps O
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

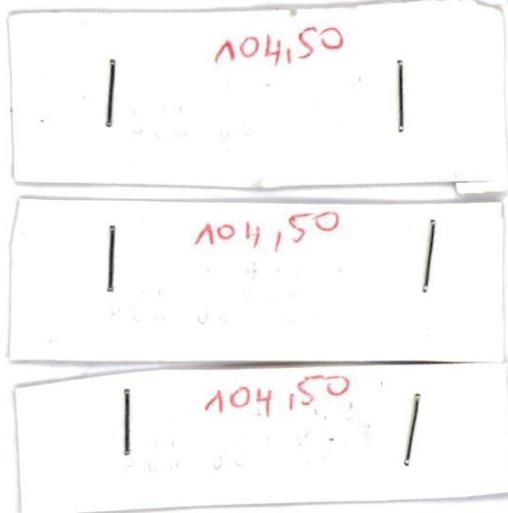
104,50

Cardioaspirine 100 mg/30cps O
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

104,50

UT.AV : 01 2 25 P.P.V.
 8 9 2 5
LOT N°: GE 2 59



UT.AV : 01 2 025 P.P.V.
 8 9 2 0
LOT N°: FT 4 9 13

UT.AV : 01 2 925 P.P.V.
 8 9 2 0
LOT N°: FT 4 9 13

UT.AV : 01 2 625 P.P.V.
 8 9 2 0
LOT N°: FT 4 9 13

Maphar
Bd Alkmia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 185,70 DH

6 118001 183111

Maphar
Bd Alkmia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 185,70 DH

6 118001 183111

Maphar
Bd Alkmia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 185,70 DH

6 118001 183111

Nom pat. :

Mefanuer Saied

FC: 85/min

No pat. :

No réf. :

431111/2023

Intervalle:

RR 710 ms

P 112 ms

PQ 156 ms

QRS 78 ms

QT 366 ms

QTc 436 ms

Age:

Etat:

Taille:

cm

Poids:

kg

TAPE:

mmHg

Méd:

DR NOUREDDINE

AT-101

1.25 Mm

Axes: P (II) 0.11 mV

P 31 ° S (V1) -0.63 mV

QRS 16 ° R (V5) 0.92 mV

T 31 ° Sokol. 1.64 mV

Vé 04-FEV-00 23:20:41

