

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

- 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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
27.10.24 CS			300,00	INP : 09 MAZ 2016 Cohiane AMINE CARDIOLOGUE 3d. Tantan et Avenue Dr Sijlmassi 3eme Etage - Bourgogne Abidjan 09 39 40 40

EXECUTION DES ORDONNANCES*

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 ZEN MAMA Nadia venue du Phare - Résidence Taghazout - Casablanca 05 22 29 35 61	27.01.24	478,50

ANALYSES - RADIOPHOTOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

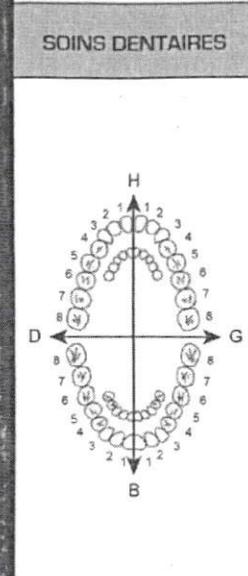
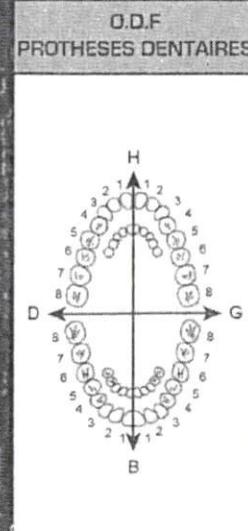
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

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	INP : []												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []												
				MONTANTS DES SOINS []												
				DEBUT D'EXECUTION []												
				FIN D'EXECUTION []												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>25533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	25533411	11433553	MONTANTS DES SOINS []
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	25533411	11433553														
				DATE DU DEVIS []												
				DATE DE L'EXECUTION []												

Dr. AMINE Soufiane

Spécialiste en cardiologie

Maladies du cœur et des vaisseaux



الدكتور أمين سفيان
الختصاري في أمراض القلب والشرايين

Casablanca 27/01/2024

159,50 X3

Mr EL MADANI Abdelhamid

BIPRETERAX 10/2.5 MG

1 comprimé le matin, pendant 3 mois



REGIME PEU SALÉ

PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE, 06/05/2024 A 11H POUR CS + ECHO

*Dr. Soufiane AMINE
CARDIOLOGUE
Angle Bd Tantan et Avenue Dr Sijlmasse
Rés. Sami 1er Etage Bourgogne
Casablanca
Tél: 0522 36 85 55 / Gsm: 06 59 39 40 40*

L = 478,50

*Pharmacie Lahjajma
ZEMMA MA Nadia
Avenue du Phare Résidence
Taghazout Casablanca
Tél : 05 22 29 35 64*

159,50

159,50

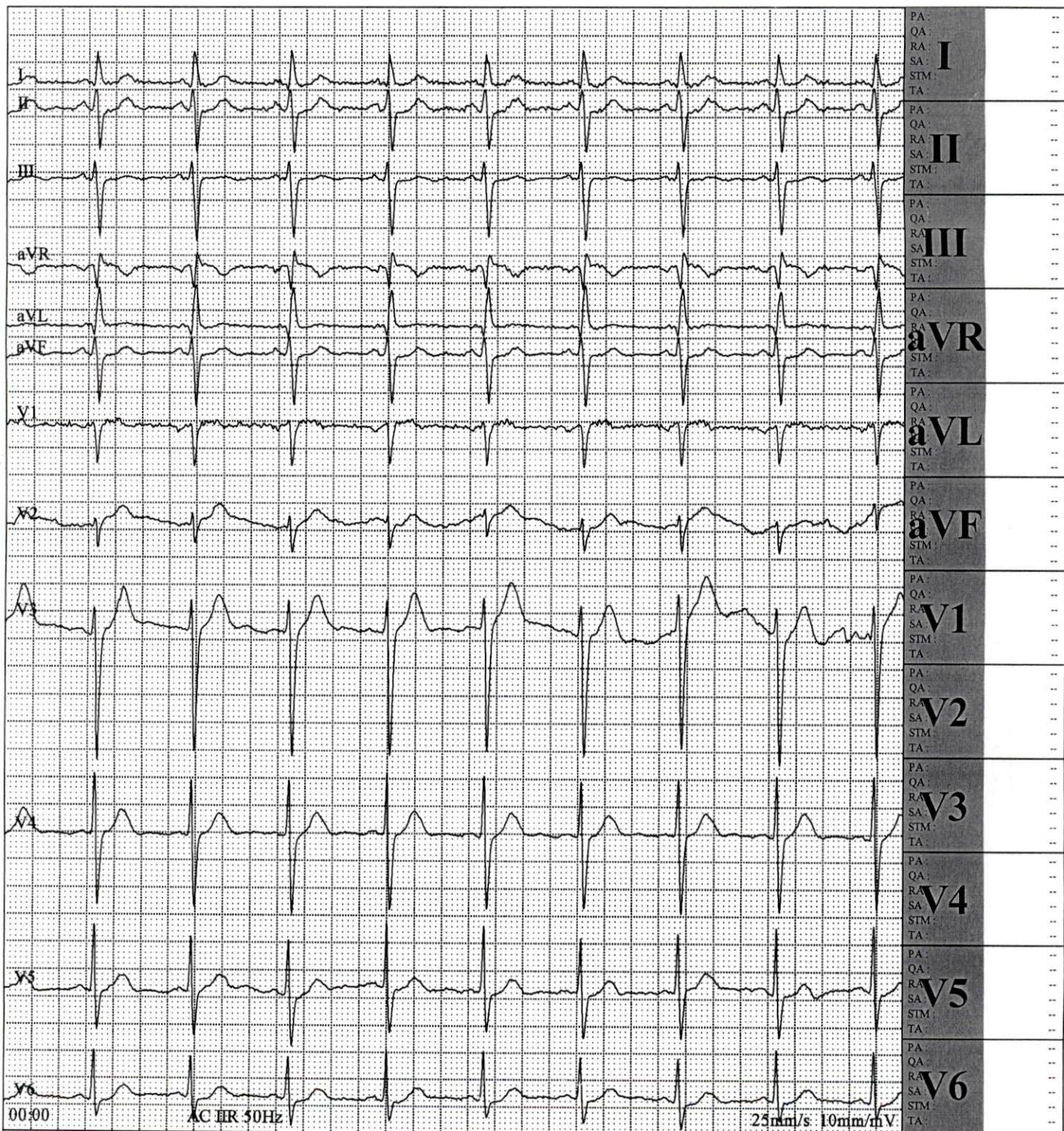
159,50

ECG

Name: el madani abdelhamid

Sex: Age: Clinic No. : Section :

SN :0007018 Case No. : Bed No. : Date 27/01/2024



Frequency:	1000Hz	PR Interval:	--
Sample Time:	9s	QT Interval:	--
HR:	--	QTc Interval:	--
P Interval:	--	P Axis:	--
QRS Interval:	--	QRS Axis:	--
T Interval:	--	T Axis:	--

Prompt:

*Rhythm regular and, FC: 90
PR: ~ 0.16s
QTc: ~ 0.36s
P axis: -45°
HVT probable*

Dr. Soufiane AMINE
CARDIOLOGUE
Angle Bd. Tantan et Avenue Dr Sijimassl
Rés. Sami 1er Etage Bourgogne
Casablanca
Tél: 0522 36 55 55 / Gam: 06 98 11 11 11

Physician Signature: