

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-467732



Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

022.12

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN FARES Mohamed

Date de naissance :

21/01/1956

Adresse :

Rue Zahraoui Abou Idriss Ras Inne pasteur
Quartier de l'hôpital Casablanca ou Ras Rigolettes Benslimane

Tél. : 0643 3680 36

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : 32, 022.12.022316413/317513 Age:

Lien de parenté :

Fui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :



| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| ARMERIA RESISTANCE 3, Bd. Masséna 11 Bensheim | 71.10.19 | 380,30 |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR JOUNDY CHAKIB

CARDIOLOGUE

Spécialiste Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille (France)



Diplômé d'Etudes Spéciales de Pathologie Vasculaire Varices Ex. Médecin Attaché au C.H.U de Lille

39, Bd. Rahal El Meskini
Tél.: 05 22 31 64 13 / 05 22 31 75 13
Fax : 05 22 44 46 10
D. 05 22 52 08 03 - GSM : 06 61 17 34 48
Casablanca

الدكتور جندي شكيب

اختصاصي في أمراض القلب
و الدورة الدموية

خريج كلية الطب بليل فرنسا
طبيب ملحق سابق بالمركز الصحي
الجامعي بليل

39, شارع رحال المسكنيني
الهاتف : 05 22 31 75 13 / 05 22 31 64 13
فاكس : 05 22 44 46 10
م : 05 22 52 08 03
المحمول : 06 61 17 34 48 - الدار البيضاء

Casablanca, le :

2/10/2019

PHARMACEUTICAL RESISTANCE
Dr. Rahal El Meskini 39, Bd. Hassan II Ben Slimane
Tél : 05 22 31 75 13

$$136,60 \times 2 = 273,20$$

Signature *M*



Zmér

Amloz. 1g/5

$$35,70 \times 3 = 107,10$$

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : 19E002
PER : 11/2020

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : 19E002
PER : 01/2021

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : 19E002
PER : 11/2020

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : 19E002
PER : 01/2021

$$380,30$$

Dr. JOUNDY Chakib
CARDIOLOGUE
39, Boulevard Rahal El Meskini
Casablanca
05 22 31 64 13 / 31 75 13

UT.AV : 0 2 2 0 P.P.V.
136 60

LOT N° : 137556

136,60

UT.AV : 0 2 2 0 P.P.V.
136 60

LOT N° : 137556

136,60

valable 3 mois

Le 27/10/2019

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Benfissa Mohamed

Présente

un H.F.A

Nécessitant un traitement d'une durée de :

lymphome

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

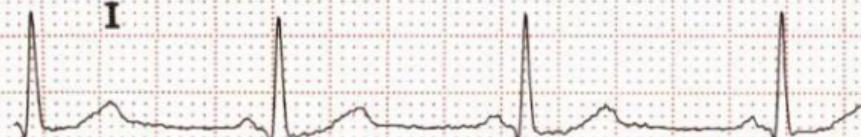
MAC 500

U2.22

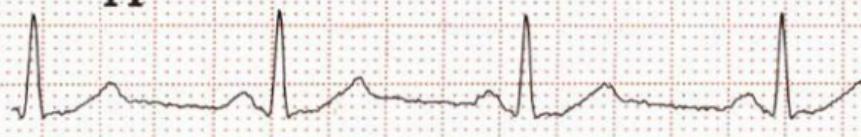
GE marquette

07.0ct.19 18:13

I



II



III



Auto

25mm/s

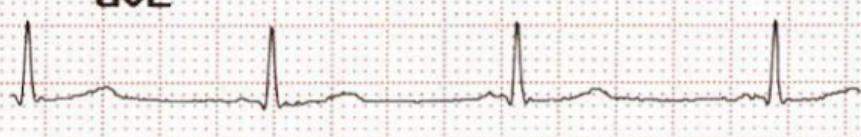
10mm/mU

SAD

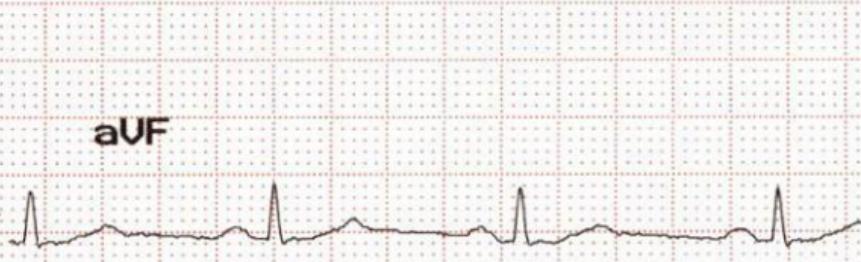
aUR



aUL



aUF



50Hz

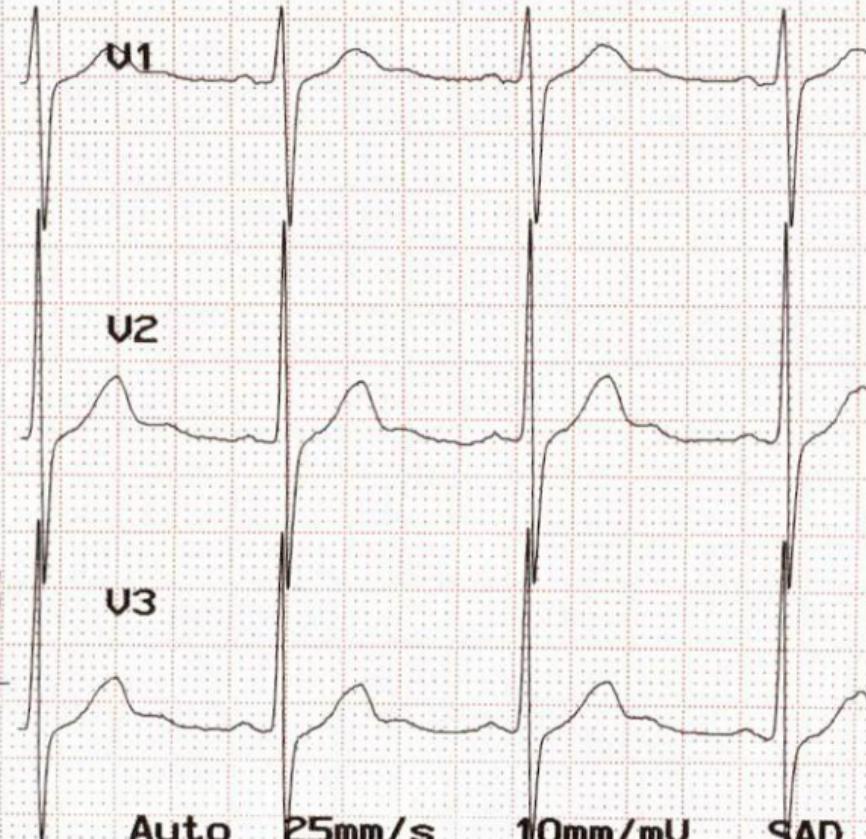
0,08-35Hz

69/min

MAC 500

414P - 22616702

V2.22



GE marquette

07. Oct. 19 18:13

U4

U5

U6

