

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.

M22- 0032895

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 1053

Société : RAM VEUVE

136819

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Houri Zahra

Date de naissance : 01/01/1959

Adresse :

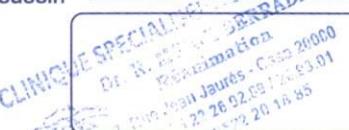
Tél. : 0673073100

Total des frais engagés : 400,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Houri Zahra Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Maladie d'ALD

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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 : Carablanca

Le : 21/10/2022

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
21/10/11	C2 + ECc		wood	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز فحص وتشخيص أمراض الأذن والحنجرة الفراهي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA
TEL : 022 47 20 20 /47 30 30 FAX :022 20 18 85

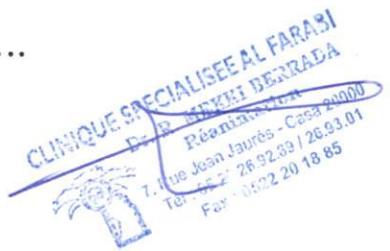
NOTE D'HONORAIRES
Consultation Pré Anesthésique

Le ...21/10/2012

Reçu la somme de 400 (quatre cents) DHS

De Mr, Melle, Mme ...Houari...Zahra.....

Pour consultation pré anesthésique (C2) + ECG



Casablanca, le

28/10/22

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

CONSULTATION PRE ANESTHESIQUE

NOM-PRENOM : HAJRI ZAHRA Age = 5 Ans

INTERVENTION PREVUE : Kyste loge thyroïdien

LE : 28/10/22

CHIRURGIEN : R HESSI

CONSULTATION CPA :

Diabète

(ATBi opacité
Injulins sur
Begin
en f
glycémie)

RECOMMANDATIONS :

GMP
AM 8/10
CLINIQUE MEDICALE AL FARABI
7, Rue Jean Jaurès Casablanca
Tél. 05 27 28 92 22 - 05 93 01
Fax 0522 20 18 85
cliniquespecialisealfarabi@gmail.com

A jeun



Angle
Boulevard Brahim Roudani
&
7, Rue Jean Jaurès
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32
Fax 0522 20 18 85
cliniquespecialisealfarabi@gmail.com

IF : 14478582
ICE : 00183719900069

ANTECEDENTS :

CHIRURGICAUX :

MEDICAUX :

rests bruns 1992
Hypertension - (1990)
FC → 1993

ALLERGIE :

TABAC :

- Diabetes = $\left\{ \begin{array}{l} \text{Glycosurie} \\ \text{Diabète} \end{array} \right.$
- HGA_{1c} = 8%

SYMPTOME FONCTIONNELS :

SF = $\left\{ \begin{array}{l} \text{Tolérance à l'effort} \\ \text{Anorexie} \end{array} \right.$ myo

EXAMEN CLINIQUE :

POULS : 96

TA : 140/80

CAPITAL VEINEUX : 3

AUSCULTATION CARDIAQUE : R1 R2 S1 S2

AUSCULTATION PULMONAIRE : W

VAS : (coll) NUQUE :

AUTRE : 3, ECG

BILAN

Hb = 14,6
Pf = 135
GB = 832

Tp = 94%.
UCA = 33 -
O Positive

HbA1c = 8%