

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- 54245

AS4580

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4930 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BABA HASSAN

Date de naissance : 713164

Adresse : 74, Rue ATTERR MIDI MAARIF

Tél. : 066199817 Total des frais engagés : 2504,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Jr. Rachid EL HACHMI
CARDIOLOGUE
222 Bd. Brahim Roudani
16.05.22 00 18 29 - CASABLANCA

Date de consultation : 11/11/23

Nom et prénom du malade : BABA Hassan Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASA Le : 11/11/23

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 6/7/23 | CS+ECG | 1 | 300 - 1.000 - | Dr. Kacim El Hachmi 222, Bd. Brahim Roudani 222, Bd. Brahim Roudani Dr. Kacim El Hachmi CARDIOLOGUE |

092024546

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|---------|-----------------------|
| AAOUADIF AL JAWADAH Hay Raja 1, Rue 6 N 1800 Casablanca. Tel: 0522 727055 | 20/7/23 | 12048 |

ANALYSES - RADIographies

| 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

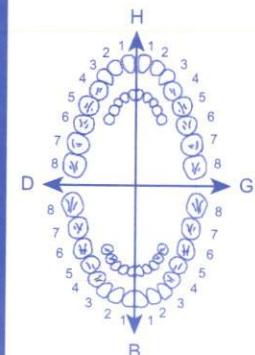
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| 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 | 35533411 | 11433553 |
| G | | |



[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

Casablanca le 17/01/2023

Dr Rachid EL HACHMI
Cardiologue diplômé de la fac.de médecine
De Rennes-France
222 Db Brahim Roudani Maârif-Casablanca
Tél : 05.22.99.18.78
E-mail: ra-hachmi@hotmail.com

NOTE D'HONORAIRES

ICE =001794017000043

INP =091051508

NOM - PRÉNOM :BABA HASSAN

ACTES : CS+ECG =300DH.

ECHOCOEUR =1000DH

TOTAL: 1300DH

*Dr. Rachid EL HACHMI
CARDIOLOGUE
222, Bd. Brahim Roudani
05.22.99.18.78 / CASABLANCA*

Casablanca le 17/01/2023

Dr Rachid EL HACHMI

Cardiologue diplômé de la faculté de médecine de Rennes.France

222 BD BRAHIM ROUDANI MAARIF

TEL :05.22.99.18.78

e-mail :ra-hachmi@hotmail .com

COMPTE RENDU D'ECHO-DOPPLER CARDIAQUE COULEUR

Dr Rachid EL HACHMI

1. CM.ischémique ,non dilatée ,à fonction VG systolique conservée

- ♣ VG = 30/47mm. OG=38mm. OD=29mm. VD=23mm.
- ♣ Hypokinésie du 1/3 inférieure du septum et paroi antérieure
- ♣ FE =65% .

2. Valves :

- ♣ Valves :souples
- ♣ IM+IT Gr 1/4+IA minime au doppler couleur.

3. PERICARDE : SEC

Dr. R EL HACHMI

Dr. Rachid EL HACHMI

CARDIOLOGUE

222, Bd. Brahim Roudani

tel. 05.22.99.18.78 CASABLANCA

Docteur RACHID EL HACHMI

CARDIOLOGUE-STIMULISTE

DIPLOME DE LA FAC. DE MEDECINE-RENNES
FRANCE
222 BD ROUDANI -MAARIF-CASA

CASABLANCA, le : 17/01/2023

Ordonnance

M. BABA HASSAN

Boîte 2

1° CARDENSIEL 2.5



/1CP MATIN



Boîte 2

2° PLAVIX 75



:1cp matin

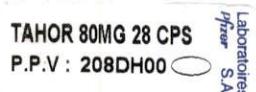
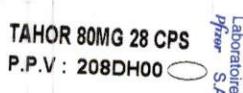


Boîte 2

3° TAHOR 80



:1cp soir

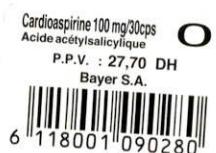
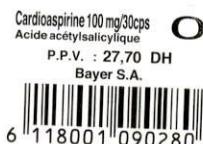


Boîte 2

4° CARDIOASPIRINE



:1cp midi



QSP 3 MOIS

Boîte 1

le 17/4/23

Dr. Rachid EL HACHMI
CARDIOLOGIE
222, Bd. Brahim Roudani
rèt: 05 22 99 18 78 - CASABLANCA

PHARMACIE AL JAWDA
AAOUATIF Kamal
Hay Raja 1, Rue 6 N°1Bouznazel
Casablanca Tel: 0522 72 70 55

CASABLANCA, MAROC

05.22.99.18.78 : - Email : ra_hachmi1@yahoo.fr

JAN. 17, 2023 17:37:36 ID = 1

AGE/SEX = 1
NOM =



[Kenz C306 V-3.10]

Dr. Rachid EL HACHMI
CARDIOLOGUE
222 Bd. Brahim Roudani
Casablanca
Tel: 05 22 99 19 72
HF, DFS