

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

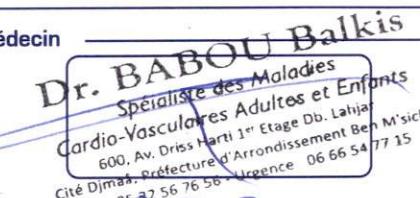
Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7859 Société : R.A.M 156738
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : RAÏSSI EL ARBI
Date de naissance : 04/10/1959
Adresse : LOT WATFA ALI N° 22 R-H DERAOUI
Tél. : 02.66.81.69.55 Total des frais engagés : 1873,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/06/2023

Nom et prénom du malade : RAÏSSI EL ARBI Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cardiopathie ischémique

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.

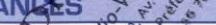
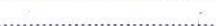
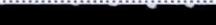
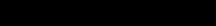
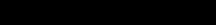
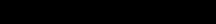
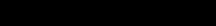
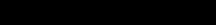
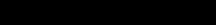
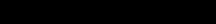
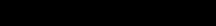
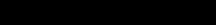
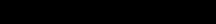
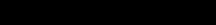
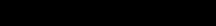
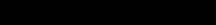
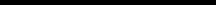
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : DEROURA

Signature de l'adhérent(e) :



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
05/09/2023			CHF ECG - 300,00	                                                               <img alt="Handwritten signature of Dr

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE EL GOURMOUMA 244 101 656 001 DEIR EL MAA fax : 06 30 53 20 54	 5/3/23	 78.73.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
<p><i>(Signature)</i></p> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>				
<p><i>(Signature)</i></p> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>				

Dr BABOU Balkis

Nom : RAISSI EL ARBI

Sex: Lit No:

Age: Date: 05/04/2023 12:57:50

SN: 000296 Section:

Cli No.: CaseNo.:

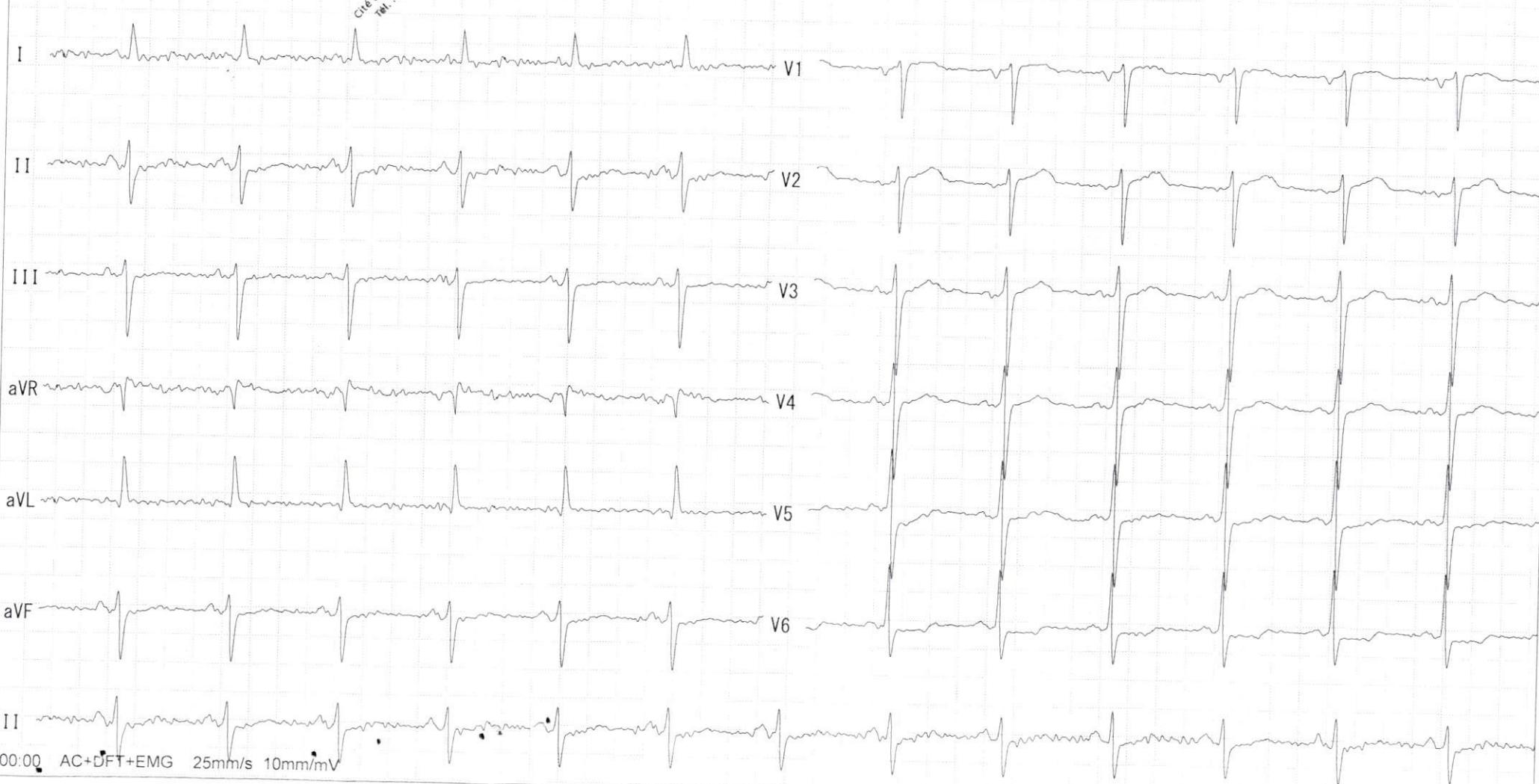
Dr BABOU Balkis
 Spécialiste des Maladies
 Cardio-Vasculaires Adultes et Enfants
 600, Av. Driss Hm. 1^{er} Etage DB. Laâyoune
 Crte Dimaâ, Préfecture d'Archiduchement Ben M'sick
 Tel. : 05 22 56 16 56 - Urgence 06 66 54 77 15

Fréquence: 1000Hz
 Temps d'écha 13s
 FC: 77bpm
 P Interval: 210ms
 QRS Interval: 100ms
 T Interval: 259ms
 PR Interval: 255ms

QT Interval: 399ms
 QTc Interval: 452ms
 P Axis: 65.10; à
 QRS Axis: -54.70; à
 T Axis: 80.20; à
 RV5/SV1 1.01/0.93mV
 RV5+SV1 1.94mV

Prompt:

Docteur:



Docteur Balkis BABOU

Spécialiste des maladies Cardio-Vasculaires

- Echodoppler cardiaque-couleur
 - Holter tensionnel - Holter Rythmique
 - Epreuve d'effort
 - Spécialiste de la cardiologie pédiatrique
 - Traitement et suivi de l'hypertension artérielle et des dyslipidémies
 - Cardio - Chirurgie



الدكتورة بلقيس بابو
أخصائية أمراض القلب و الشرايين

- الفحص بالصدري، بالألوان
 - تخطيط القلب عند المجهود
 - علاج أمراض القلب عند الأطفال والرضع
 - علاج وتنعيم أمراض الضغط الدموي
 - وأمراض الكوليستيرونول
 - تسجيل الضغط الدموي ودققات القلب على
 - علاج أمراض القلب عند مرضى السرطان

الدار البيضاء في : Casablanca :

فاي: ٤٤٣٢٢٣٦٣٣٦
Date: ٢٤/٠٥/٢٠٢٣
العنوان:
المنطقة:
البلد:
الرقم: ٥٥٠٤١٢٣٤٥٦٧٨٩
العنوان:
المنطقة:
البلد:
الرقم: ٥٥٠٤١٢٣٤٥٦٧٨٩

Mr Raissi EL ARBI

3/29u.00
1) - Coveram 10 1/10 usg

32 - Co-plavix 75/100 145

3) bx $as, 80^\circ$ corridor 6, 15 1's $\times 2/1$

Dr. BABOU Balkis
Spécialiste des Malades
Cardio-Vasculaires Adultes et Enfants
600, Av. Driss El Hanafi - 1^{er} étage Dr. Lahjari
22 56 76 56 - 06 66 54 77 15
Babou Balkis
Babou Balkis

LOT : 230065
EXP : 01/2026
PPV : 43,80DH

LOT : 230065
EXP : 01/2026
PPV : 43,80DH

LOT : 230065
EXP : 01/2026
PPV : 43,80DH

LOT : 230065
EXP : 01/2026
PPV : 43,80DH

LOT : 230065
EXP : 01/2026
PPV : 43,80DH

LOT : 230065
EXP : 01/2026
PPV : 43,80DH

5 118001 082018
Barcode
P.P.V : 270,00 DH
b30 cp
Coplavix 75mg/100mg
Ain sebâ Casablanca
Route de Rabat-R.P.1
Sanofi-aventis Maroc

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain sebâ Casablanca
Copolavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH

5 118001 082018

LOT 224803
EXP 12/25
PPV 1880DH50

Voie orale