

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0005528

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1822 Société : R.A.M. 168534
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ATNI EL MOSTAFA
 Date de naissance : 23-03-1961
 Adresse : Résidence AL BASTANE 930 N° 12 May
 Qods Sidi Bernaoussi Casablanca
 Tél. : 0661884407 Total des frais engagés : 1167,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/05/2023

Nom et prénom du malade : ATNI EL MOSTAFA

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension / Diabète

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 Le : 25/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ 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
25/05/23	Cg, ECG		250,00 DT	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/05/23	217,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

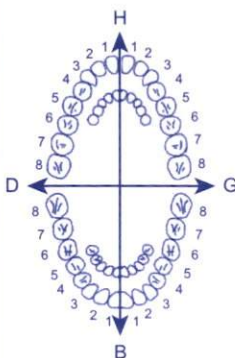
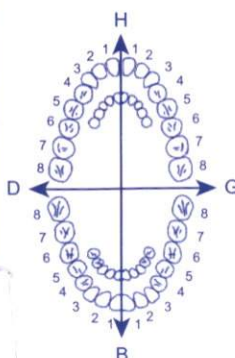
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

من 100
ليلك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

من 1

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

PPV: 49,60 DH
Lot: 23C14
EXP: 03/2026

NEOVIMAG[®]
300 mg
MAGNESIUM HYDROXYDE - VIT. B6

Lot :
A consommer avant le :
PPC: 84,50 DH

Docteur Abdelaziz HADADI

CARDIOLOGUE

Consultations et Explorations

Cardio-Vasculaires

- Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca.

- Ancien médecin interne du CHU de Nancy, France.

- Diplôme Interuniversitaire d'Echocardiographie de l'Université de Bordeaux Segalen, France.

- Diplôme Universitaire d'Ultrasonographie Vasculaire de l'Université Sorbonne, Paris.



الدكتور عبدالعزيز الحدادي

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

- طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

- طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي بنانسي فرنسا

- دبلوم جامعي في تخطيط صدى القلب من جامعة بوردو

سيغالين بفرنسا

- دبلوم جامعي للموجات فوق الصوتية الوعائية من جامعة

السوربون بباريس

وصفة طبية

Ordonnance

M. Amel El Morrafi

Casablanca, le : 25/05/23

27,704 3

1 - Cardioapex 300% H/1. wide
3mou

49,60

(2)

84,10

2 - Une fable 2ap 1mou
3mou

(3)

Neotimag 300
H/1; 3mou

T=217,20

Dr. HADADI Abdelaziz
Cardiologue
282 Avenue Mokhtar B. Ahmed Guernaoui
Etage 1 - Al Qods, Sidi Bernoussi,
Casablanca - Tel. 05 22 74 61 40

Name: ATNI EL MOSTAFA Cli No.:

Sex: Male

Age: 62Y

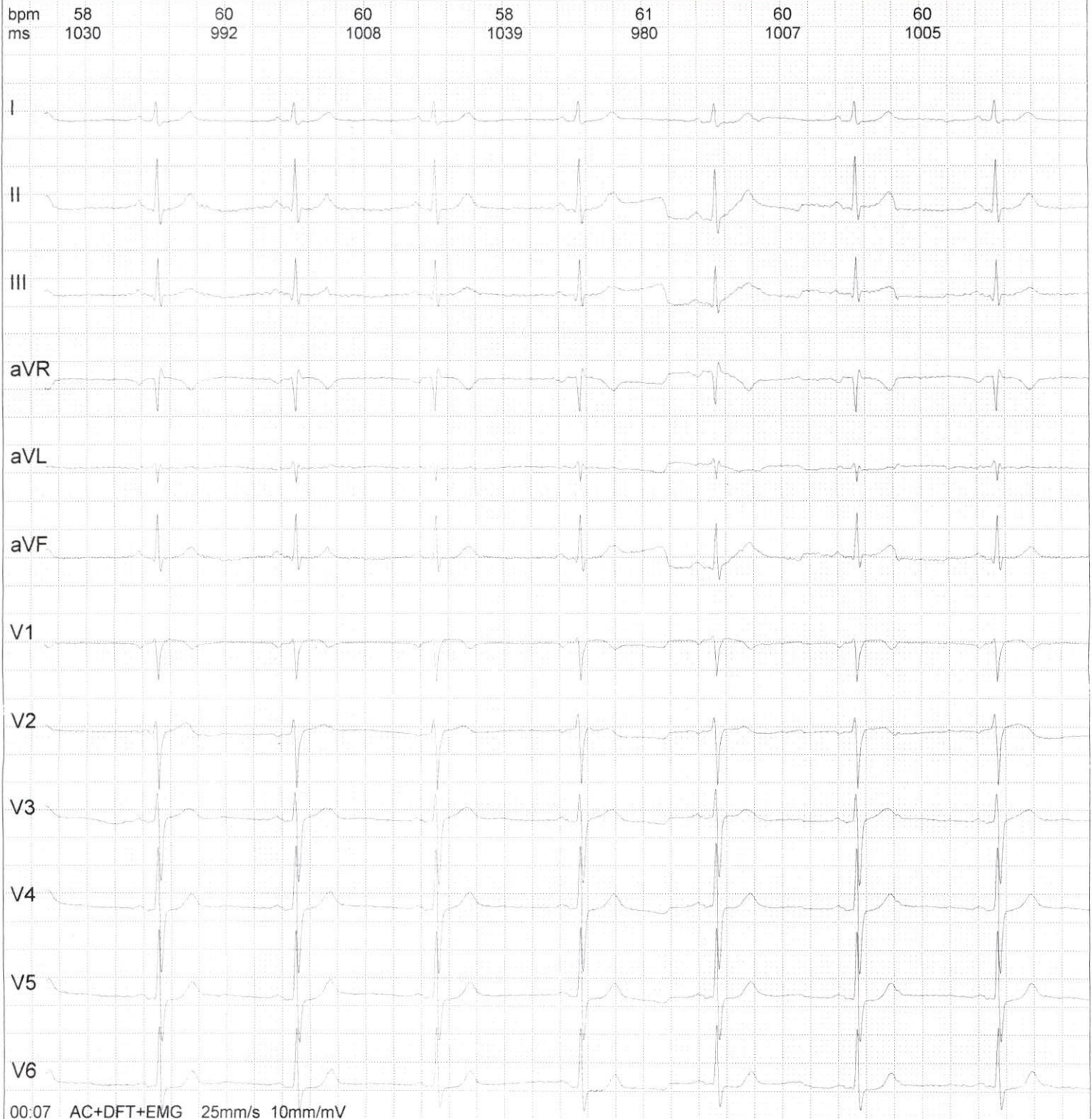
SN: 0013860

Section:

CaseNo.:

BedNo.:

Date: 25/05/2023 10:22:33



00:07 AC+DFT+EMG 25mm/s 10mm/mV

Frequency:	1000Hz	QT Interval:	367ms
Sample Time:	18s	QTc Interval:	365ms
HR:	60bpm	P Axis:	66.70°
P Interval:	103ms	QRS Axis:	50.60°
QRS Interval:	94ms	T Axis:	45.70°
T Interval:	201ms	RV5/SV1	1.19/0.67mV
PR Interval:	136ms	RV5+SV1	1.86mV

Prompt:

Total Beats 17 , Normal Beats 17 .
in gear Sinus mode Target rate; Cardiac electric axis normal

Dr. HADADI Abdelaziz
Cardiologue
282, Avenue Mokhtar B. Ahmed Guernaoui
Etage 1, Al Oud, Sidi Barroussi
Casablanca - Tel.: 05 22 74 81 40

Doctor: HADADI