

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.

M23-004923

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1M9 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : A. A. LAABI

Date de naissance : 15-11-45 A70030

Adresse : Dr. M. A. LAABI

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. M. A. LAABI
CARDIOLOGUE
Rés. RIBH "D" Angle Bd Bir Anzarane
Rue Caid Achaïd, la Côte de Agence (INVII)
Quartier Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 99 20 88 - Fax: 05 22 29 20 87

Date de consultation : 21/07/2023

Nom et prénom du malade : Safi di nabeel Age : 40

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

Membre

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

31 JUIL. 2023

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

d'a aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du

renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare
protection des données personnelles.

Le : / /



KH. HEMMI

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
24/07/2023	2023 CS fils		3000 Dh	Rés. RICH 10 ^e Avenue de Rabat Rue Caid El Gharbi, Quartier Maastricht - Casablanca Tél: 0522 99 20 88 Fax: 05 22 99 20 88 LAABIT AL SAGUE Sir Anzare Agence INWIFI Casablanca 20187
24/07/2023	allophore ordique		1000 Dh	

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
		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.

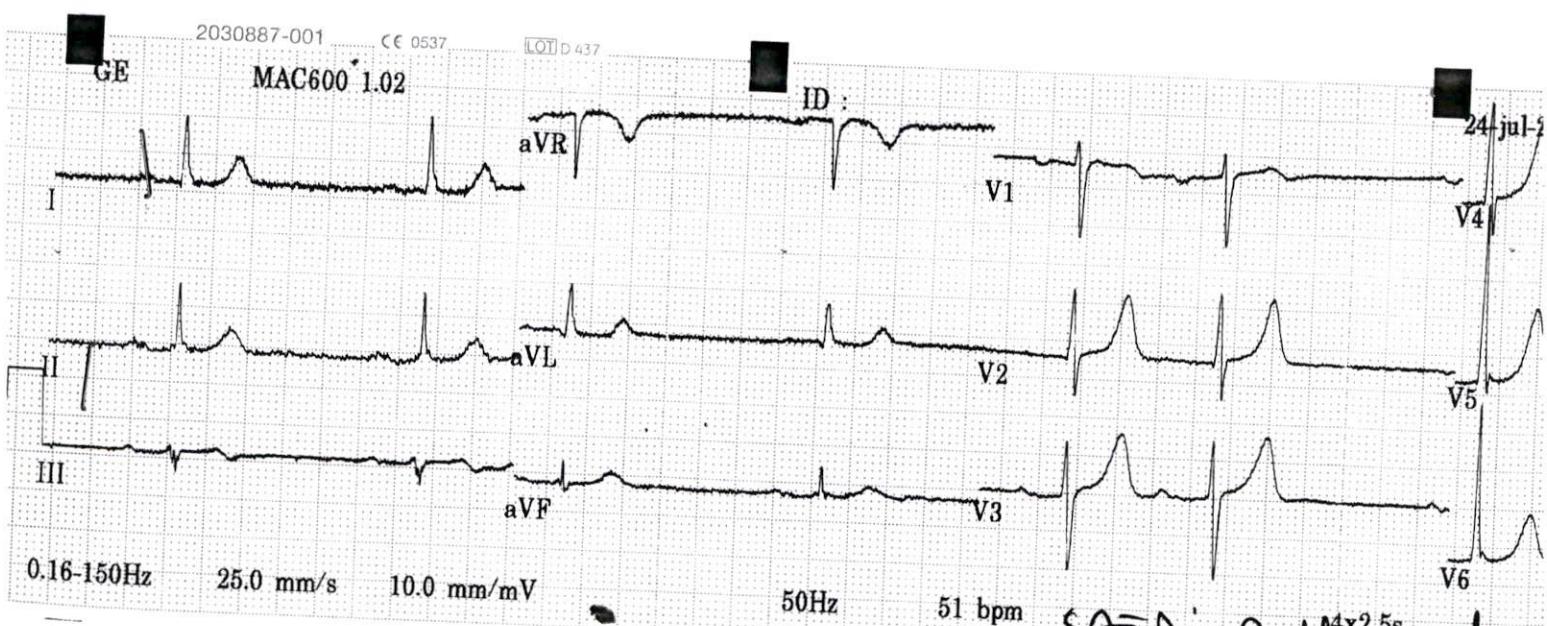
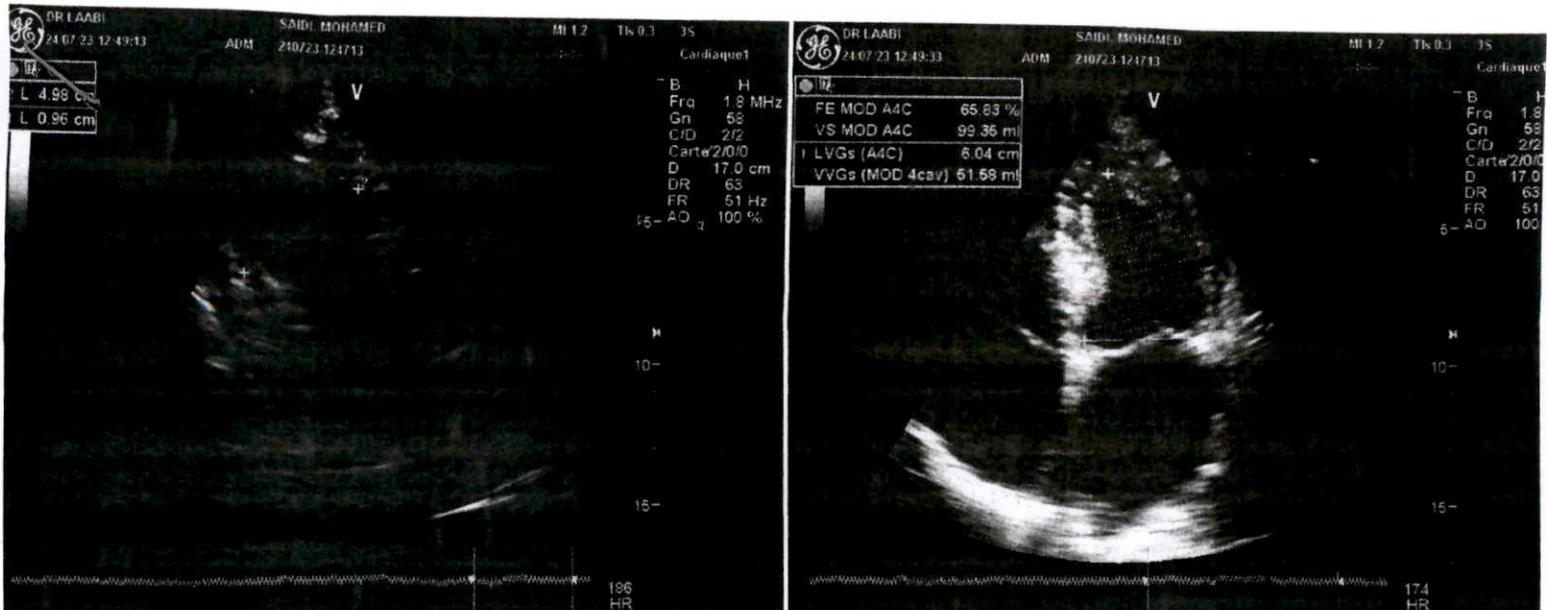
Important :

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

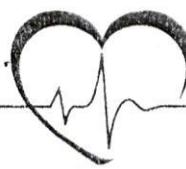
SQINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DÉNTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr Mohamed Amine LAABI



الدكتور محمد أمين لعبي

CARDIOLOGUE
Cardiologie Générale et Interventionnelle

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
و علاج القلب التداخلي

Nom : SAIDI MOHAMED

Date : 24/07/2023

ECHOGRAPHIE CARDIAQUE

Motif : HTA.

Fonction ventriculaire gauche normale. FEVG=65 % SIMPSON.

Pas de troubles de la cinétique segmentaire VG.

Ventricule gauche non dilaté dtdvg=50 mm, modérément hypertrophié sivd 10-11mm

Aorte thoracique non dilatée. Oreillette gauche dilatée sog=25 cm²

Pas de valvulopathie significative. IM. minime. Iao minime.

Pressions de remplissage VG normales. e/ea<8.

Cavités droites non dilatées. Pas d'HTAP sur l'IT. PAPS=30mmhg

VCI 16 mm compliant.

Pas d'épanchement péricardique.

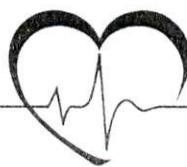
Conclusion : Fonction ventriculaire gauche normale. Pas de valvulopathie significative.



CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

عيادة فحص وتشخيص أمراض القلب والشرايين

Dr Mohamed Amine LAABI



الدكتور محمد أمين لعبي

CARDIOLOGUE

Cardiologie Générale et Interventionnelle

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

و علاج القلب التداخلي

NOM : SAIDI MOHAMED DATE: 24/07/2023

NOTE D'HONORAIRES

Consultation + ecg = 300 DH

Echographie cardiaque = 1000 DH

Total = mille trois cent dirhams.

Dr. M. A. LAABI
CARDIOLOGUE
Rés. RIBH "D" Angle Bd Bir Anzarane
Rue Caid Achтар La Côte de Agence Inwi
Quartier Maârif - Casablanca
Tél: 0522 99 20 88 - Fax: 05 22 99 20 87

Résidence RIBH "D" Angle Bd Bir anzarane Rue Caid El Achtar, (A côté Agence Inwi) 1er étage Quartier Maârif - Casablanca
إقامة برج « د » زاوية شارع بيرانزران وزنقة قائد الأشطر (قرب وكالة انوي) الطابق الأول حي المعارف - الدار البيضاء

Tél : 05 22 99 20 88 - Fax : 05 22 99 20 87 - Urgence : 06 55 12 73 13 - Email : DrAmineLaabi@gmail.com

N° d'autorisation : 11010 - N° de Patente : 35802624