

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

 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.

N° W21-706652

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8198		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL OFIR Amal
Nom & Prénom : EL OFIR Amal		Date de naissance :	
Adresse :			
Tél. : 0522912711		Total des frais engagés : 619,10 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 06/09/2013			
Nom et prénom du malade : El OFIR Amal			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : 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 : **06/09/2013**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **06/09/2013**

VOLET ADHÉRENT



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
06/09/2019	Consultation d'Urgence d'Urgence d'Urgence d'Urgence	100% 100% 100% 100% 100%	5000	INP : Ahmed Chalal Ahmed Chalal 03-22-25-36-00 22-09-2019

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MELA Mme Sanira MELA 93, Bd Sidi Abderrahmane Casablanca 94 65 26 0522 91 9949 092842654	6/9/23	319,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

VOLET ADHERENT

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology



Casablanca le :

CASA , Le 06/09/2023

Maphar

Bd Alkimiia N° 6, QI,

Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 10mg cp pell b30

P.P.V : 167,00 DH



6 118001 183111

50,70 x 3

Mme AMAL EL OFIR

1) CARDENSIEL 2.5 MG BT/ 30 CP

Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

2) CRESTOR Comprime Pellicule à 10 mg Bte 28 Comprime

Prendre 1 comprimé le soir, au cours du repas, pendant 3 mois Lundi et jeudi



3 BT/14 CP

Prendre 1 comprimé le matin et le soir, avant le repas, pendant 1 mois

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

7862160246

7862160246
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

7862160246

7862160246
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS



Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies
Cardiovasculaires
98 Rue Kadi lass Maârif - Casablanca
Tel : 05 22 25 36 00

EL OFIR AMAL

FC 64 /min

Axes

Intervales

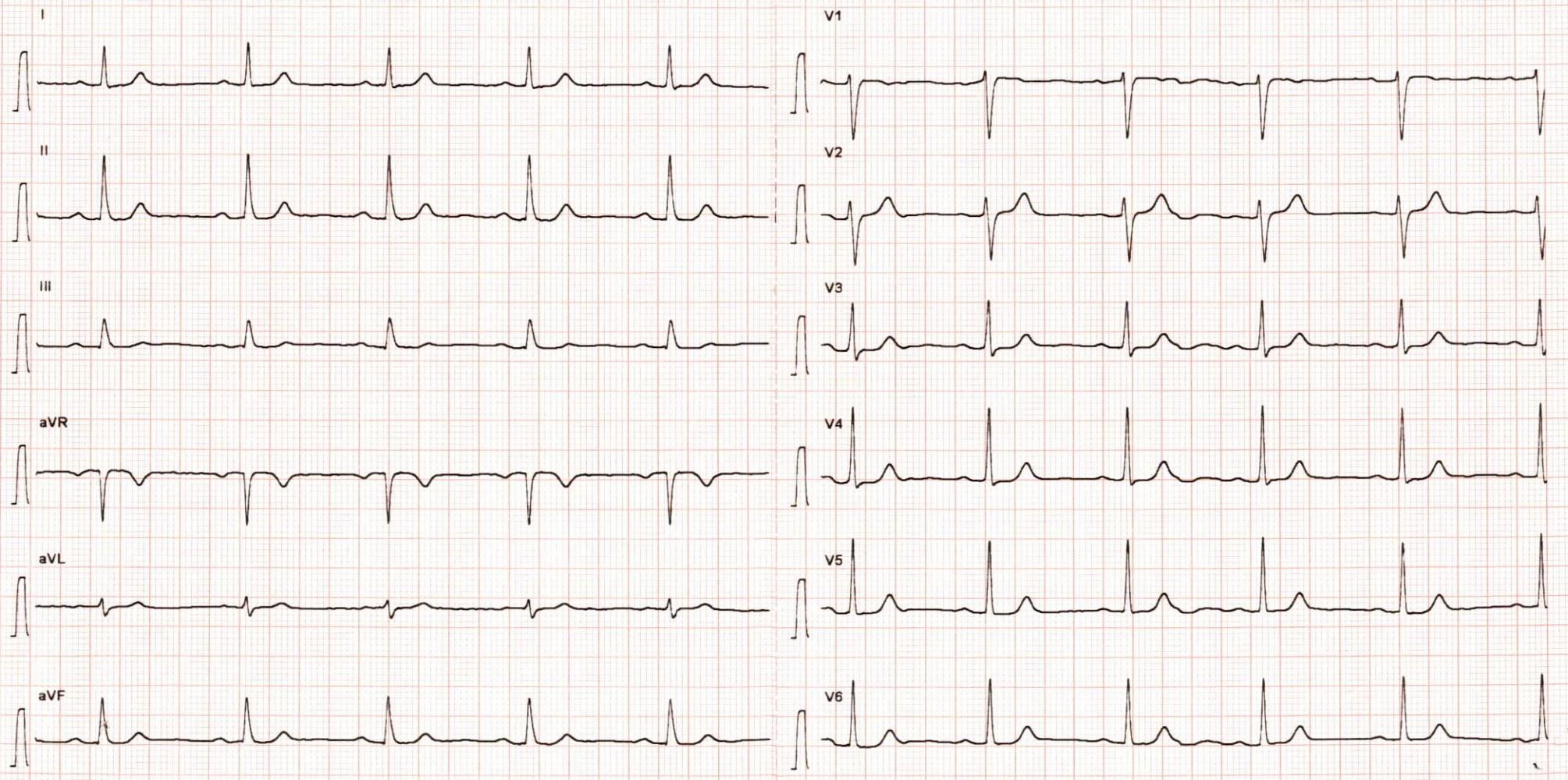
RR	938 ms	P (II)	0.09 mV
P	110 ms	S (V1)	-1.14 mV
PR	188 ms	R (V5)	1.48 mV
QRS	84 ms	Sokol.	2.62 mV
QT	362 ms		
QTc	377 ms		

Né(e) le _____
Age _____
Sexe Féminin
Taille cm _____
Poids kg _____
Origine PA _____
Remarque _____

(Bazett)

Interprétation: RYTHME SINUSAL, ECG NORMAL

RI6.02 Rapport non confirmé



10 mm/mV 25 mm/s

10 mm/mV 25 mm/s

0.05 - 25 Hz F50 SBS SSF

SCHILLER SWITZERLAND

LOT D747

06.09.2023 17:07:23

Art. No. 2.157 047

CE 0044

Pr. BENNIS AHMED

SCHILLER SWITZERLAND

MS-2015 V3.14 Ct

Art. No. 2.157 047

CE 0044