

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-786422

175047

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2159 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KACHAoui Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr EL OUASSI Brahim
Spécialiste en Anesthésie Réanimation
Consultation et Exploration Cardio-vasculaire
Tél: 0522336366 3085936801

Date de consultation : 06/09/2023

Nom et prénom du malade : Mr. Salhi Boudina Age:

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

Nature de la maladie : Dyslipémie + infarctus pariel

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 : Le : 17 SEP 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
06/09/23		5	3000	INP : 169042420

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Alia Cité Al Vahda N°4 et 5 - Doha Tél: 05 22 32 46 38	06/09/23	570,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

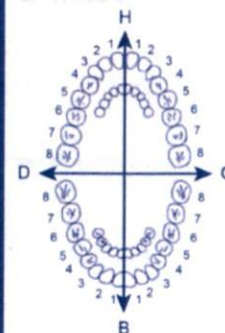
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

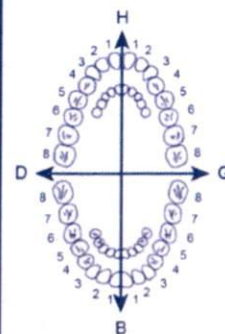
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Brahim ELOUASSI

Laureat de la Faculté de Médecine de Casablanca
Diplôme de Spécialité en Anesthésie & Réanimation
de la Faculté de Médecine de Rabat
Ancien Médecin Attaché aux Hopitaux Universitaires
d'Avicenne de Rabat
Ancien Médecin des Forces Armées Royales
Cabinet de Consultation et d'Exploration
Cardio Vasculaire

الدكتور ابراهيم الواسي

خريج كلية الطب بالدار البيضاء
حاصل على دبلوم التخصص في أمراض
الطبي - الجراحي و علم التخدير بالرباط
طبيب سابق بمستشفيات الجامعة
ابن سينا بالرباط
طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية
عيادة تشخيص و استئصال امراض
القلب و الشرايين



161049770

ORDONNANCE

Berrechid, le 06/09/2023

M. Selhi
Bouchra

36,30

1. flogyc 200 ovale

1 ovale de su

30,70

2. kardegic 75

13,40 x 2

3. levothyrox 50

6,80

4. levothyrox 25

264,00

5. Power

Pharmacie Alla

3d Med V, Cité Al Winda

Locaux N°4 et 5, Berrechid

Tel : 05 22 32 48 38

LOT: 2101003
FAB: 01/2021
EXP: 01/2024
PUC: 264.00DH

6 118001 102006
Levothyrox 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

LOT: 22E008
PER: 09/2024
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V: 30DH/70
6 118000 061847

6 118001 102013
Levothyrox 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

Dr. EL OUASSI
Spécialiste en Anesthésie
et Réanimation
Cabinet de Consultation et d'Exploration Cardio Vasculaire
752233633

6 118001 102013
Levothyrox 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102006
Levothyrox 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

2 33 63 30

124,00

Sodav 1g/2

LOT 221008 1
EXP 03 2024
P P V 124.00 DH

40,00

Isolone 20

1g x 24

24

40,00

27,50

Ph soda 10

1/24 x 24

27,50

PPV
LOT
PER

14,60

Del po 1000

1g x 31

= 570,70

Pharmacie Alla

ad Med V. Cité Al Wahda
Locaux N°4 et 5 - Berrechid
Tel : 05 22 32 48 38

Dr. EL OUASSI Brahim
Spécialiste en Anesthésie Réanimation
Conservation et Exploration Cardio-vasculaire
Tel: 05 22 32 48 38

14,60
PPV 124.00 DH 60
PER 03/2024
LOT M575

2023-9-6 15:00

Auto ID:03918

Sexe:

âge:

Nom:

++++ Analyse le résultat +++++

Fréq. Ventricul.

102 ppm

8120

Tachycardie sinusale

Intervalle PR

130 ms

53

Anomalie non spécifique de onde T(V5) (V6)

Duration QRS

104 ms

724

RSR en conduite V1/V2, avec un retard de conduction ventriculaire droite

Intervalle QT/QTc

341/ 444 ms

54

Dépression du segment ST(aVF) (V5)

Axe P/QRS/T

0/ 61/ 19 °

1014

== ECG anormal ==

Tension RV5/SV1

2.06/ 0.82 mV

Tension RV5+SV1

2.88 mV

Rapport non confirmé revu par : _ _ _ _ _ Hôpital:dr elouassi