

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.

N° W21-803927

17512

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>3404</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>EVASCOUD Ahmed</u>
Nom & Prénom : <u>EVASCOUD Ahmed</u>		Date de naissance : <u>08/05/1960</u>	
Adresse : <u>RESIDENCE RIAD AN DAOUSS</u>		Télé. : <u>0661 191 639</u>	
AMALIA V3 ESCIFENIA		Total des frais engagés : <u>1302,40</u> DHS	

Autorisation CNDP N° : A4-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation : <u>13 SEP. 2023</u>	
Nom et prénom du malade : <u>EVASCOUD Ahmed</u> Age : <u>53</u>	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <u>HFA</u>	
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 : 05/09/2023 Le : 13/09/2023
Signature de l'adhérent(e) : M. E. S. A. S. O. U. D. A. H. M. E. D.

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
15/06/2023	etc		30000 Dhs	INPE: 09107985 Pr. ZOUBIDI Mohamed Ziad Professeur d'Urologie Interventionnelle Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie Kamil	11/06/2023	1002,40
1002,40 Boulevard Hachemi Elai Casablanca Télé: 03 2 44 50 44		

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.															
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>											
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
				DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>											
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>											
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
				DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>											
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <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;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													



ORDONNANCE

Date : 15/6/2023

M¹ Q ASSOUD Ahmed

181,2 x 4
g Selsot 10/160



61,40 x 4
g Tenofobic

Pharmacie Kanaph
N° 6 Boulevard Hachemi Filali
Res. Arcadia California Casablanca
Tél: 05 24 44 50 44



Tg 100 8,40

x 4 giorn

Pr. ZOUBIDI Mohamed Zinabdin
Professeur Agrégé
Cardiologie Interventionnelle
67, Rond Point des Marseilles Oasis - Casablanca
Tél: 05.22.25.31.35 - INPE: 091026955

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg
cp pelli b30
P.P.V : 65,40 DH

5 113001 182350

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg
cp pelli b30
P.P.V : 65,40 DH

6 113001 182350

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg
cp pelli b30
P.P.V : 65,40 DH

6 113001 182350

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg
cp pelli b30
P.P.V : 65,40 DH

6 113001 182350

E-Mail : mz_zoubidi@yahoo.fr / mz_zoubidi@cardiologie.com / w

185,20

185,20

185,20

⇒ 185,20 Ged

ECG

Name : qassoud ahmed Sex : Age : Clinic No. : Section :
 SN : 0000167 Case No. : Bed No. : Date : 15/06/2023 14:25:9



Frequency:	1000Hz	PR Interval:	265 ms	Prompt:
Sample Time:	51s	QT Interval:	412 ms	Total Beats 47 ,Normal Beats 47,SVE 0 ,VE 0 .
HR:	56bpm	QTc Interval:	399 ms	Longitudinal Left axis deviation; Middling Left axis deviation; I AV block;
P Interval:	183ms	P Axis:	62.00°b	Pr. ZOUBIDI Mohamed Zinabdin
QRS Interval:	92 ms	QRS Axis:	--	Professeur Agrégé Cardiologie Interventionnelle 67, Rond Point de Marseille Oasis - Casablanca Tel: 05.22.25.51.35 - INPE: 0919
T Interval:	251 ms	T Axis:	13.90°b	Physician Signature

Pr. ZOUBIDI Mohamed Zinabdin
Professeur Agrégé
Cardiologie Interventionnelle
67, Rond Point de Marseille Oasis - Casablanca
Tel: 05.22.25.51.35 - INPE: 0919

Physician Signature