

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-794611

181476

Optique

Autres

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	Cadre réservé à l'adhérent (e)	
Matricole : 7289		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ELNABABET OSSAMA		Date de naissance : 18-03-1969	
Adresse : N°6 Rue Traf Dar Bouazza CASA		Tél. : 0762297179 Total des frais engagés : 300,00 Dhs	

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Dr. EL ALEM EL ALMI Lot. Al Ansari Rue 15 N° 1 Dar Bouazza Casablanca TÉ : 00217783500049	
Cachet du médecin :	ELNABABET DANA
Date de consultation :	16-3-23
Nom et prénom du malade :	ELNABABET DANA
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Soi-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Prothèse dentaire
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	03 NOV. 2023
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 : CASA Le : 16/09/23

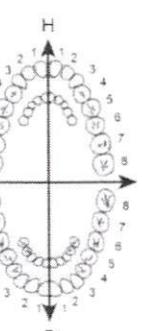
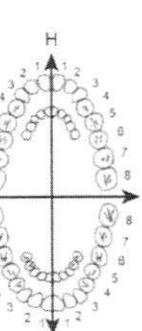
Signature de l'adhérent(e) :



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
16/09/2013	Consultation	3000-0	3000-0	Dr ALEM EL ALEM Dr AI Ansari Rue 1 Dr Bouazza Caid ICE : 00217700

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (Rows of empty boxes for recording treated teeth)	Nature des Soins (Rows of empty boxes for recording nature of treatments)	Coefficient (Rows of empty boxes for recording coefficients)	INP : <input type="text"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXÉCUTION																
				FIN D'EXÉCUTION																
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" data-bbox="1519 1183 1724 1314"> <tr> <td>H</td> <td>26533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	26533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
					H	26533412	21433552													
					D	00000000	00000000													
					B	35533411	11433553													
					G															
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																				
MONTANTS DES SOINS																				
DATE DU DEVIS																				
DATE DE L'EXÉCUTION																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																				

Dr EL Alem El Almi

CARDIOLOGUE

MALADIES DU COEUR ET DES VAISSEAU

Ancien Assistant Étranger à la Clinique Cardiologique
de la Faculté de Médecine de Montpellier - France



الدكتور العالم العالمي

أخصائي في أمراض القلب والشرايين

أستاذ مساعد سابق بمصحة القلب

بكلية الطب بمنبولي - فرنسا

الدار البيضاء في : ٢٠١٣-١٠-٢٣ Casablanca Le :

EL ALEM DAKH

نحو ٣٠
Morning 30

٢٠١٣-١٠-٢٣

Dr. EL ALEM EL ALMI
Lot. Al Ansari Rue 15 N° 1
Dar Bouazza Casablanca
TÉ: 002177835000049

15, Lotissement Ansari, Dar Bouazza - Casablanca. الدار البيضاء - تجزئة سكنية أنصاري دار بوعزة

Tel : 05 22 29 29 15 / 06 61 65 62 18 : هاتف : E-mail : docteurelalmi@gmail.com : بريد الالكتروني

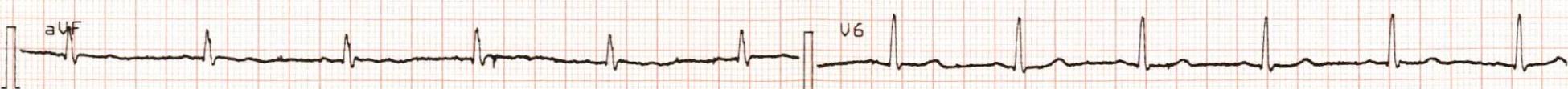
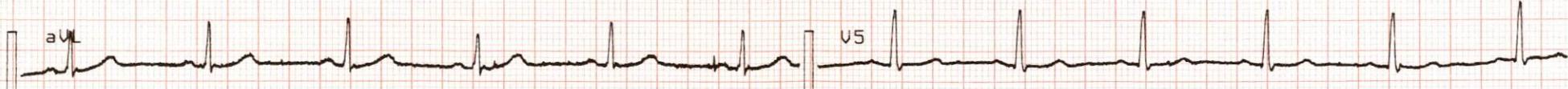
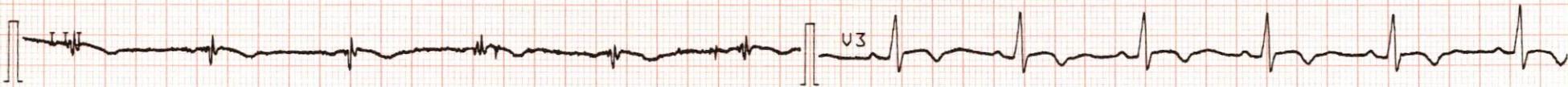
EL ALEM EL ALMI
DAR BOUAZZA
15 ans
M / F

FC: 71/min Axes:
P 0 °
Intervalles: QRS 14 °
RR 847 ms T -2 °
P 78 ms
PQ 140 ms P (II) 0.06 mV
QRS 92 ms S (V1) -0.92 mV
QT 372 ms R (V5) 0.90 mV
QTC 404 ms Sokol. 1.82 mV

Dr. EL ALEM EL ALMI
Lot. Al Ansari Rue 15 N° 1
Dar Bouazza Casablanca
ICE : 00217783500049

10 mm/mV

10 mm/mV



25 mm/s

F50

S85

Sa 16-SEP-23 13:24:14

AT-102 1.37 Mm

SCHILLER SWITZERLAND Art. No. 2.157 050

CE0123

LOT D 677