

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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° W21-826400

203127

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02914

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DRIFI, Hélène

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06 52 02 61 360

Total des frais engagés :

214 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

17/04/24

Nom et prénom du malade :

Abd al Abdellah

Age

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA, Maladie -

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 : Casab

Le : 17/04/2024

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
10/04/24	ECG	300 Dh	<p>INP : 0810400082</p> <p>CHAMI ULL.B Nicole Charbel 4401 48.08.06</p>	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. MENEJRA Samir 6, Angle Bd Ibnou Sinaa Rue HayHassani - Casablanca Tel. 05 22 89 50 00	17/04/2014	673,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

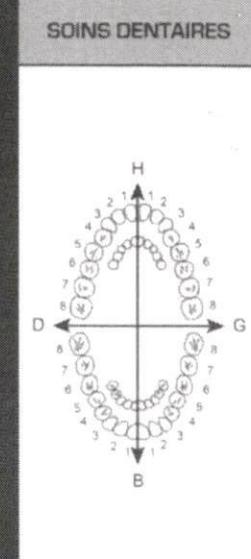
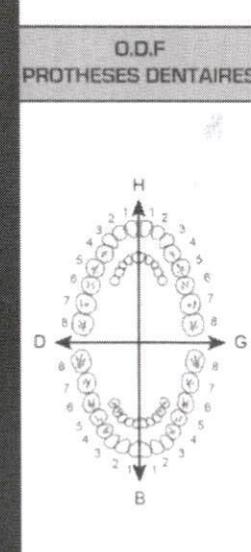
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE										
		<p>H</p> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p>D <input type="text"/> G</p> <table border="0"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

Cabinet de Consultations &
d'Explorations Cardio-vasculaires

Docteur CHAMI Mohammed
CARDIOLOGUE

Spécialiste diplômé de la Faculté de
Médecine de Bruxelles



عيادة تشخيص و استشارة
أمراض القلب و الشرايين

دكتور محمد الشامي

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين

جراحت القلب الطفيف و كسر

Casablanca, le.....

17/07/94

N° Abad. Abdallah

185,20 X3

1) xilam 10/160 S.V.

39,30 X3

2) Aldacagine

1 = 67,50 1 p/8 S.V.

Dr. MENJRA Samir
16, Anglo Bd. Ibnou Sinaâ Rue 4
HayHassani - Casablanca
Tél : 05 22 83 50 05

Pharmacie MENJRA

دوائية MENJRA

Pharmacie MENJRA
Dr. MENJRA Samir
16, Anglo Bd. Ibnou Sinaâ Rue 4
HayHassani - Casablanca
Tél : 05 22 83 50 05

Dr. M. CHAMI
CARDIOLOGUE (U.I.B)
N°17, Place Charles Nicolle
Casablanca - Tél : 05 22 48 08 06
Fax : 05 22 48 44 01
Gsm : 05 22 48 44 01

ALDACTAZINE 25MG/15MG 20 CPS
P.P.V : 39DH30
6 118000 250517

Afleur
Laboratoires
S.A.

ALDACTAZINE 25MG/15MG 20 CPS
P.P.V : 39DH30
6 118000 250517

Afleur
Laboratoires
S.A.

ALDACTAZINE 25MG/15MG 20 CPS
P.P.V : 39DH30
6 118000 250517

Afleur
Laboratoires
S.A.

LOT 233556 3

EXP 11 2026

P.P.V

185,20



LOT 233556 3

EXP 11 2026

P.P.V

185,20



LOT 233556 3

EXP 11 2026

P.P.V

185,20

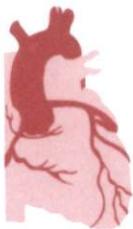


Cabinet de Consultations &
d'Explorations Cardio-vasculaires

Docteur CHAMI Mohammed

CARDIOLOGUE

Spécialiste diplômé de la Faculté de
Médecine de Bruxelles



عيادة تشخيص و استشاف
أمراض القلب و الشرايين

دكتور محمد الشامي

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين

مجاز بكلية الطب ببروكسيل

Casablanca, le...

Dr. Astor Abdellah

La facture

Consultation Cardio-vascular 300dh

Echographie rénal -> 1000dh

Total 1300dh

Dr. Mohammed CHAMI
Cardiologue (U.L.B.)
N° 17, Place Charles Nicolle
Casablanca - Tel: 05 22 48 44 01
GSM: 06 61 45 08 06

Dr chami

Cabinet de consultation et d'exploration cardio-vasculaire

Nom Prénom : Mr abad abdillah

Examen réalisé le 17/04/2024

Echodoppler rénal

Aorte légèrement athéromateuse, non anévrismale

Reins de morphologie NORMALE ; de dimensions normales

Rein mesurant à droite 10cm de diamètre longitudinal et 4 .5 cm de transversale LIMITE NORMALE

Rein gauche : 11 cm de diamètre longitudinal et 5 cm de transversale

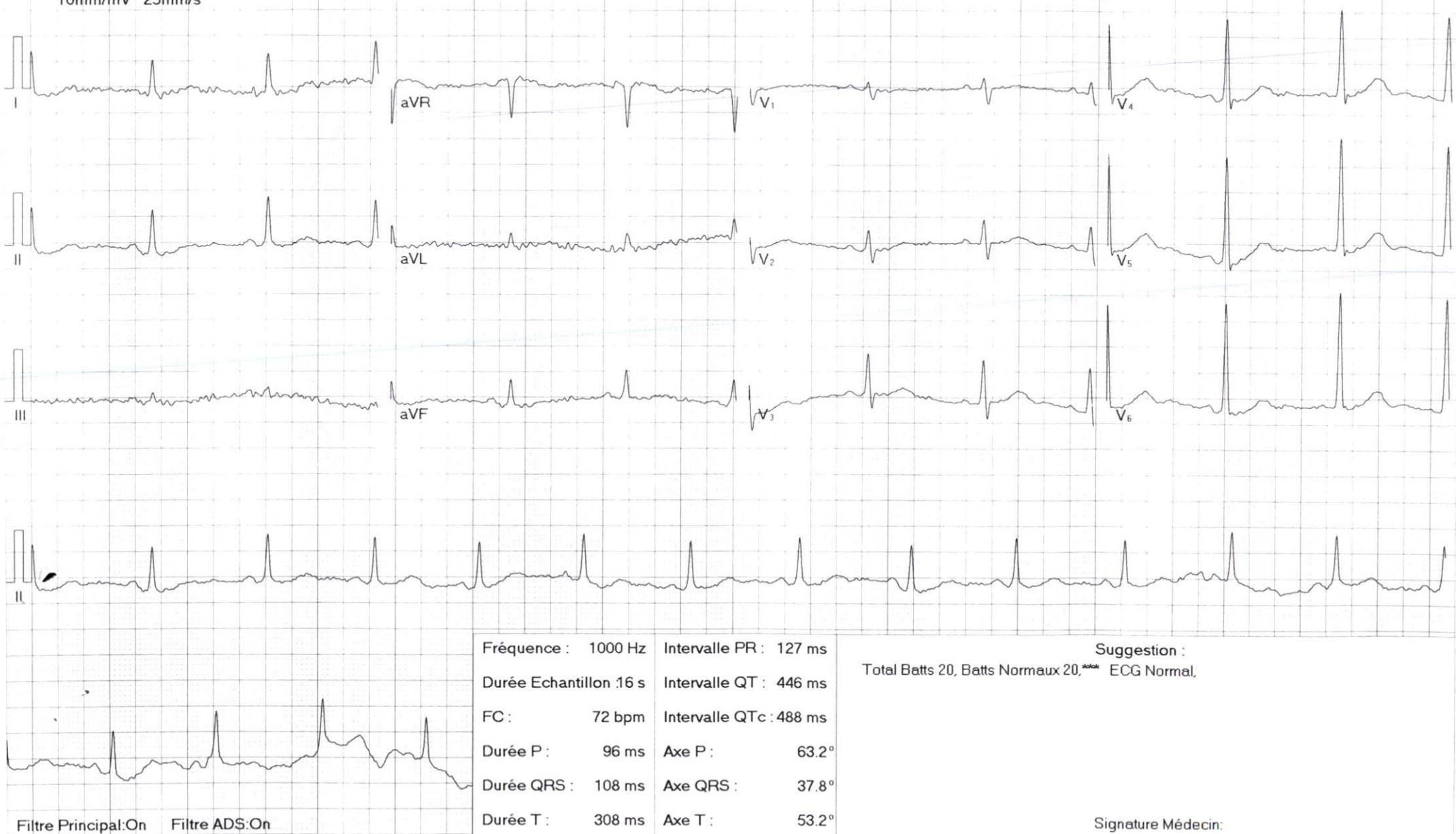
On note une différenciation cortico-médullaire normale

Au doppler artériel les vélocités sont à la limite de la normale, résistances normales ; pas de signe de sténose des artères rénales

Dr. Mohammed CHAMI
CARDIOLOGUE (U.L.B)
N°17, Rue Charles Nicole
Casa-Téle 66 61 43 08 06
Gsm: 05 22 48 44 01

ECG

10mm/mV 25mm/s



Patient

N° 2024-04-17-0001
Nom abad abdillah
D. naissance
Sexe Autres

Examen

N° d'accès
Date 20240417
Description
Echographiste

