

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

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° P19- 0042920

ND: 30177

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6717 Société : RETRAITE (R.A.M.)

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NOUR NOUREDDINE

Date de naissance : 10. 6. 1956

Adresse : MANDAROUNA, RUE 5, n° 113 AIN CHAK

Tél : 0661335923 Total des frais engagés : 615,00 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12.08.2020

Nom et prénom du malade : NOUR NOUREDDINE Age :

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

Nature de la maladie : HTA

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 : Casablanca Le : 13 / 08 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/03/2015	1500 DM

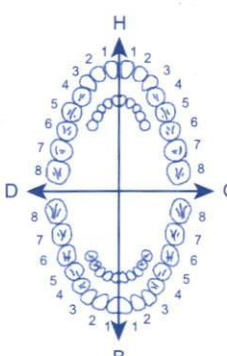
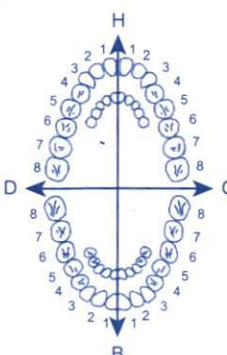
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

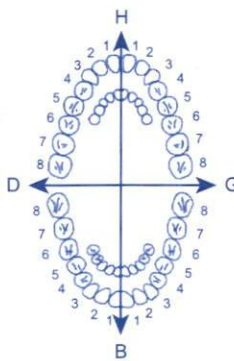
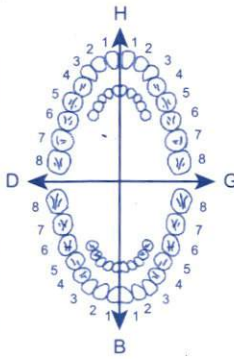
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>																
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>															
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>																
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D ————— G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D ————— G																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"><div style="text-align: right; margin-right: 10px;">D</div><table style="border-collapse: collapse;"><tr><th colspan="2" style="text-align: center;">H</th></tr><tr><td style="text-align: center;">25533412</td><td style="text-align: center;">21433552</td></tr><tr><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr><tr><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr><tr><td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td></tr><tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr></table><div style="text-align: left; margin-left: 10px;">G</div></div>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<div>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Dr. Noureddine ALAMI

Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier

Diplômé d'Echodoppler cardiaque de Montpellier

Ancien attaché des hôpitaux de France

Ancien cardiologue de l'hôpital militaire de Laâyoune

Bd.de la Grande Ceinture Hay Mohammadi

Résidence Al Mouahidine - Ibn Toumart III

Appt. 1 Casablanca - Tél. : (05) 22.66.16.16



الدكتور نور الدين العلمي

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

خريج كلية الطب بمونبولىي

مجاز من جامعة مونبولىي بالتشخيص الالى لأمراض القلب و الشرايين

طبيب ملحق بمصلحة القلب بمستشفيات فرنسا سابقا

رئيس قسم أمراض القلب بالمستشفى العسكري بالعيون سابقا

شارع الحزام الكبير - الحي المحمدي

إقامة الموحدين ابن تومرت III شقة 1

الدار البيضاء الهاتف: (05) 22.66.16.16

CASABLANCA, LE

13, 03, 2020

Mr Nour Noureddine

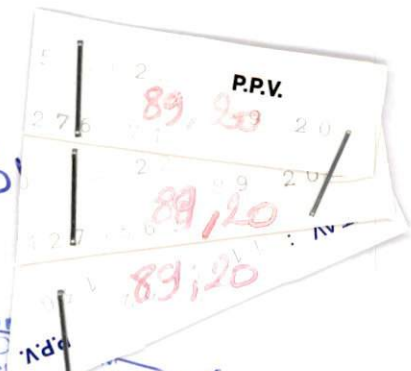
Amlor 5

1 cpl le matin x 3

89,20 x 2

136,60

Dr. ALAMI Nouredine
CARDIOLOGUE
Bd de la Grande Ceinture Hay Mohammadi
Rés Al Mouahidine Ibn Toumart III
App1 - Casa - Tél: 05 22 66 16 16
INP: 091005744



1:315,00

Non R - Non R EDDIVE ECG DE REPOS

(3.20)

MAR. 13 2020 11:26
FILTRE: AC, DERIVAT, MUSCLE 1
ECG D'EFFORT: OUI

ID =
AGE/SEXE = 64 / M
TAILLE/PDS = cm / kg
P.A. = 120 / 80 mmHg
F.C. = 75/min (0.793s)
PR = 0.184s
QRS = 0.088s
AXE = -6deg
QT/QTc = 0.342s/0.382
RV5 = 1.99mV
SV1 = 0.72mV
TRAITEMENT =

***** DANS LIMITE NORMALE ***** MOYENNE

Non Confirmé. Le médecin doit revoir.
CONTROLE PAR

10mm/mV 25mm/s

