

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

litions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

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

Nº P19- 0036289

ND: 31353

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1071 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TOULAMA - FARESS

Date de naissance : 14-10-1951

Adresse : Re's AL Badr - G 111. iimm 3 n° 03

AL Qods Sidi Ben Houssein - Casablanca

Tél. : 06 65 99 39 73 Total des frais engagés : 553,50 + 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29 JUIN 2008

Nom et prénom du malade : TOULAMA - FARESS Age :

Lien de parenté : Qui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : TD - Ch. VSA + Arthrite

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.

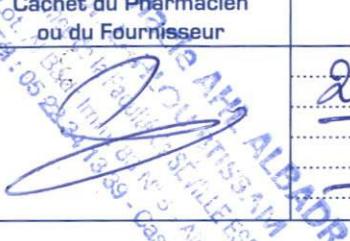
Fait à : _____ Le : 29 JUIN 2008

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 9 JUIN 2000 | Cabinet | | 300 DA |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|---------|-----------------------|
|  | 23/6/00 | 553,50 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

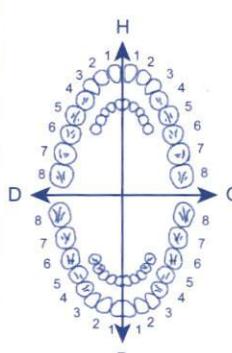
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| |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

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 d'exécution.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|---|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | |
| DEBUT D'EXECUTION | | | | |
| FIN D'EXECUTION | | | | |
| CCEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | |
| | MONTANTS DES SOINS | | | |
| | DATE DU DEVIS | | | |
| | DATE DE L'EXECUTION | | | |
| | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H | 25533412 | 21433552 | |
| | D | 00000000 | 00000000 | |
| | B | 00000000 | 00000000 | |
| | G | 35533411 | 11433553 | |
| | | | | |
| [Création, remont, adjonction] | | | | |
| Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | |

Dr. Hafid OUKHLIFT

EX. MEDECIN CHEF DES F.A.R

MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
ET EUROPÉENNE DE CARDIOLOGIE

MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

ECHOGRAFHE

ECG

الدكتور حفيظ أو خليفة

طبيب رئيس سابق بالقوات المسلحة الملكية

الكشف بالصدى (إيكوغرافي)

تخطيط القلب

Casablanca, le 29 JUN 2020

Diplôme de l'Ordre des Médecins du Maroc

Lot: 05

Tel: 05

Pharmacie AL ALBADR

in Sebaa

Casablanca

O

KARDEIG 75MG

SACHETS 830

P.P.V.:300H70



LOT : 20E008
PER.: 06 2021

48,40

78,30

107,60

30,40

Kandefic



21. 06. 2020

107,50

LOT 200219
EXP 02 2023
P.P.V. 107,50
107,60

107,50

107,50

CABINET MEDICAL
Dr. HAFID
Dr. A. ELALBADR
Dr. A. ELALBADR - Casablanca
55, Bd d'Alsace - Casablanca
Tél: 05 22 30 26 23

شارع الالزاس، رقم 58، الطالق الثاني، بنجدة، قرب سوق بنجدة • الدار البيضاء • الهاتف: 05 22 30 26 23
58, Bd d'Alsace, 2ème étage, Benjdia près du Marché • Casablanca • Tél.: 05 22 30 26 23

N°3,50
- Teddis
N°3,00
- Sapt

Ly 1
CPA

CABINET MEDICAL

Dr. OUKNIFI HAFID
Dr. d'Etat en Médecine Gé
58, Bd. d'Alsace - Casablanca
Tél. : 05 22 36 26 26

143,50
PPV 143 DH 50
PER 10/21
LOT 12479-2

553,50

Pharmacie AHL ALBADR,
Dr. LAHOUSSI MESSAM
Diplômé de la Faculté de SEVILLE ESPAGNE
Lot. Al Badr Imm. 83 N° 8 - An Sebaâ
Tél. : 05 22 34 13 39 - Casablanca

30 Comprimés pelliculés
LOT : KE90068
PER : JUL 2021
PPV : 193 DH 00

29 JUIN 2020

CABINET MEDICAL

Dr. OUKHLIFI HAFID

Dr. d'Etat en Médecine Générale

58, Bd. d'Alsace - Casablanca

Tél. : 05 22 30 26 23

J. Tchah Fakher

Fœtus. Tach.

V8. Tach.

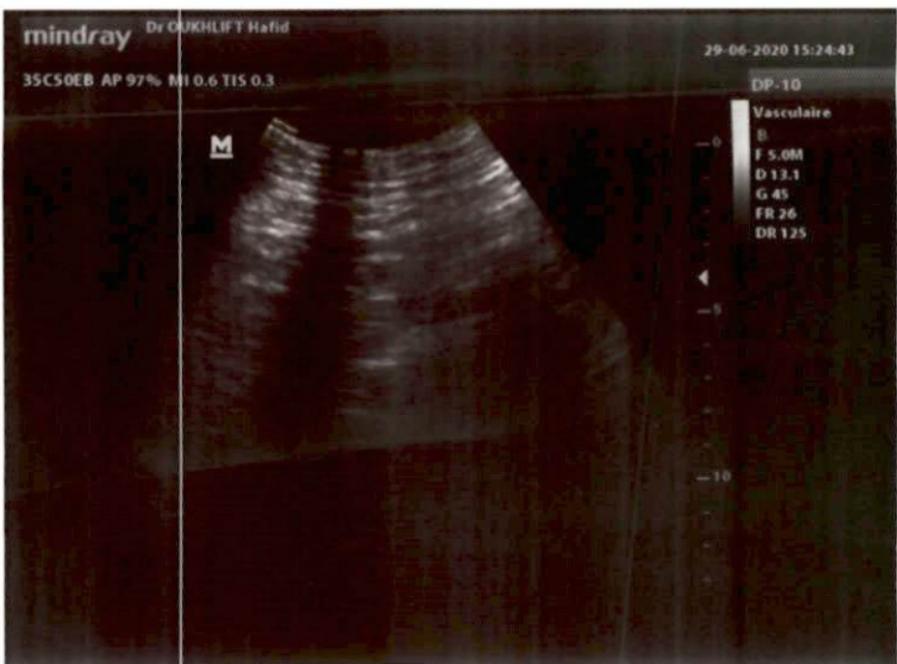
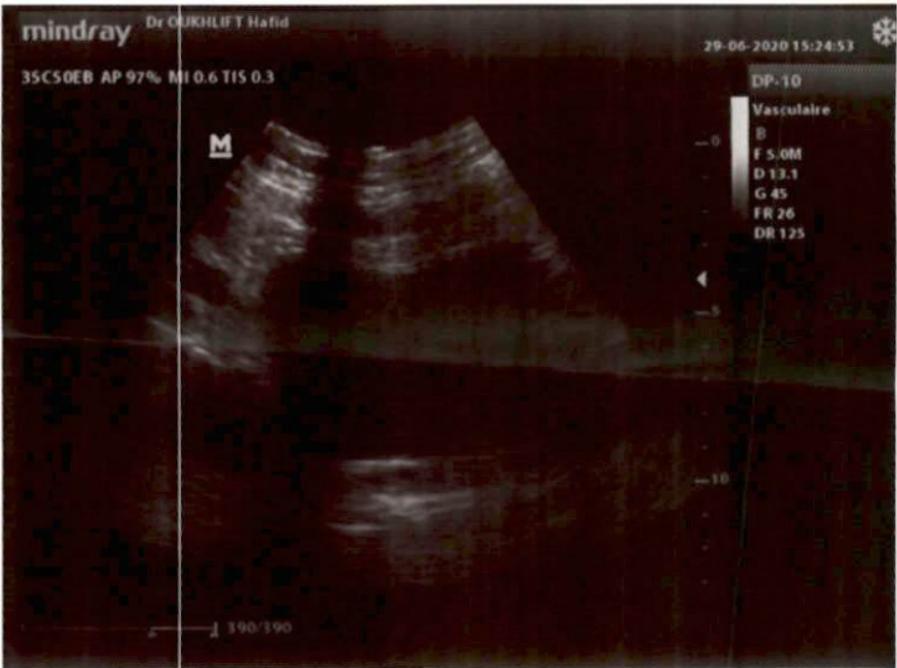
V37. Alu.

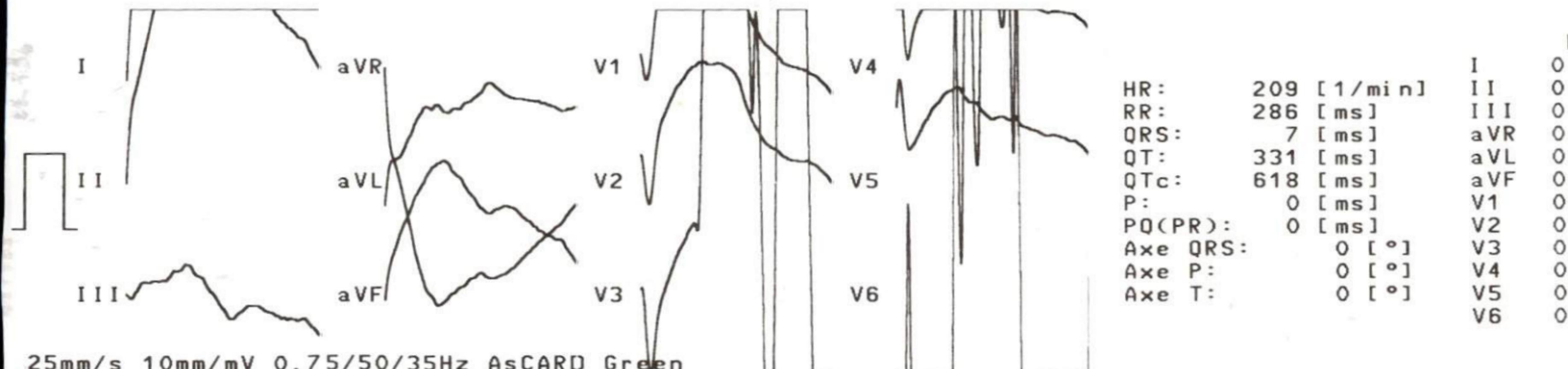
U. T.

R. A. u. d.

Eg. n. Me

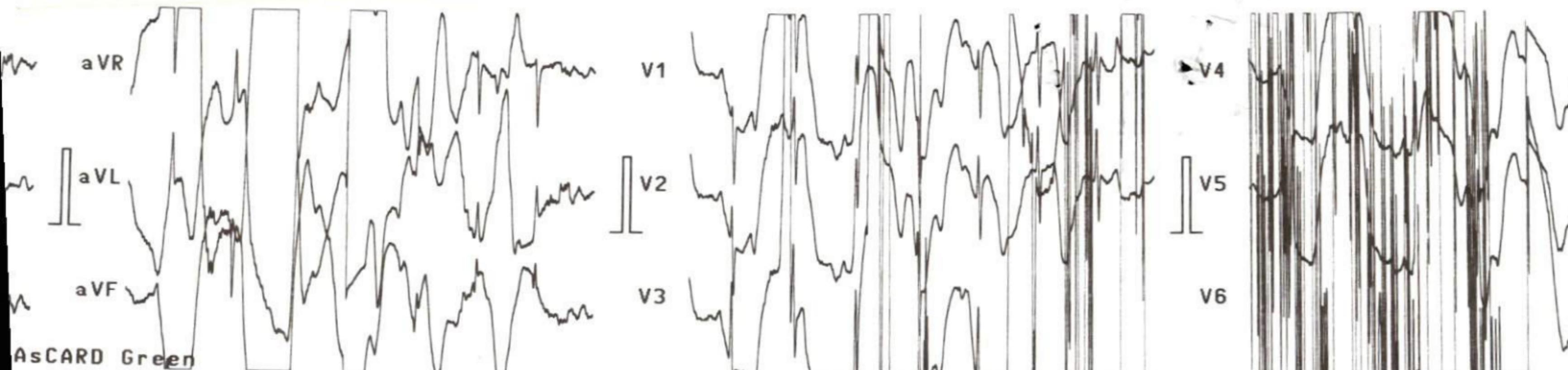






| | P+ | P- | Q | R | S |
|----------|-------------|-----|------|------|------|
| HR: | 209 [1/min] | II | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| RR: | 286 [ms] | III | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| QRS: | 7 [ms] | aVR | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| QT: | 331 [ms] | aVL | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| QTc: | 618 [ms] | aVF | 0.00 | 0.00 | 0.04 |
| P: | 0 [ms] | V1 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| PQ(PR): | 0 [ms] | V2 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Axe QRS: | 0 [°] | V3 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Axe P: | 0 [°] | V4 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Axe T: | 0 [°] | V5 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| | | V6 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |

Valeurs en [mV]



PATIENT

Prénom: Faress

Nom: Toulama

No d'identif.:

Sexe:

Age: mois

Taille: cm

Poids: kg

Pression artérielle: / mmHg

#1:

#2:

CABINET

Nom: Dr oukhlift hafid

Adresse: Bd alzace benjdia

Contact: 0522302623