

# 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.

## 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.

## Optique :

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.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

Reclamation : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

67147

R.A.M 3512F

Matricule

Société

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom

NOUR NOUREDDINE

Date de naissance

10.6.1956

Adresse

Habituelle

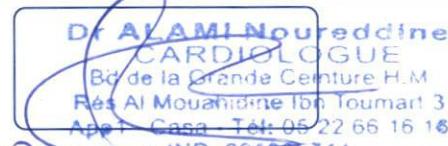
Tél. 06.61.33.59.23

Total des frais engagés : 573,20

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03.07.2023

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 : 03.07.2023

Le : 03.07.2023

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
07/07/2020	ECCE		30000	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03.07.20	273,20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ostéodensitométrie.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

## **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Noureddine ALAMI

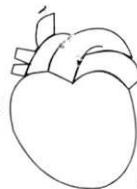
Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux

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



## الدكتور نور الدين العلمي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بمونبولي

مجاز من جامعة مونبولي بالتشخيص الآلي لأمراض القلب والشرايين

طبيب ملحق بمصلحة القلب بمستشفى فرنسا سابقا

رئيس قسم أمراض القلب بالمستشفى العسكري بالعيون سابقا

شارع الحزام الكبير - الحي المحمدى

إقامة الموحدين ابن تومرت III شقة 1

الدار البيضاء الهاتف: 05 22.66.16.16

Bd.de la Grande Ceinture Hay Mohammadi

Résidence Al Mouahidine - Ibn Toumart III

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

CASABLANCA, LE .....

03.07.2020

Mr. Nour Noureddine

136,60x2

11 Ambors

15

1 epi le matin x 3 mois



Dr ALAMI Noureddine  
CARDIOLOGUE  
Bd de la Grande Ceinture HM  
Res Al Mouahidine Ibn Toumart 3  
Appt 1 Casab - Tel: 05 22.66.16.16  
INP: 081005744

UT.AV

P.P.V.

136,60

LOT N°:

1285531

6.0

UT.AV : 02.07.2022

P.P.V.

136,60

LOT N°:

1285692

6.0

Id : **NON R- W ou RÉSIDENCE**

03/07/2020 13:27:22

Indéfini --- (--) Indéfini  
Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

**SD** **125/70**

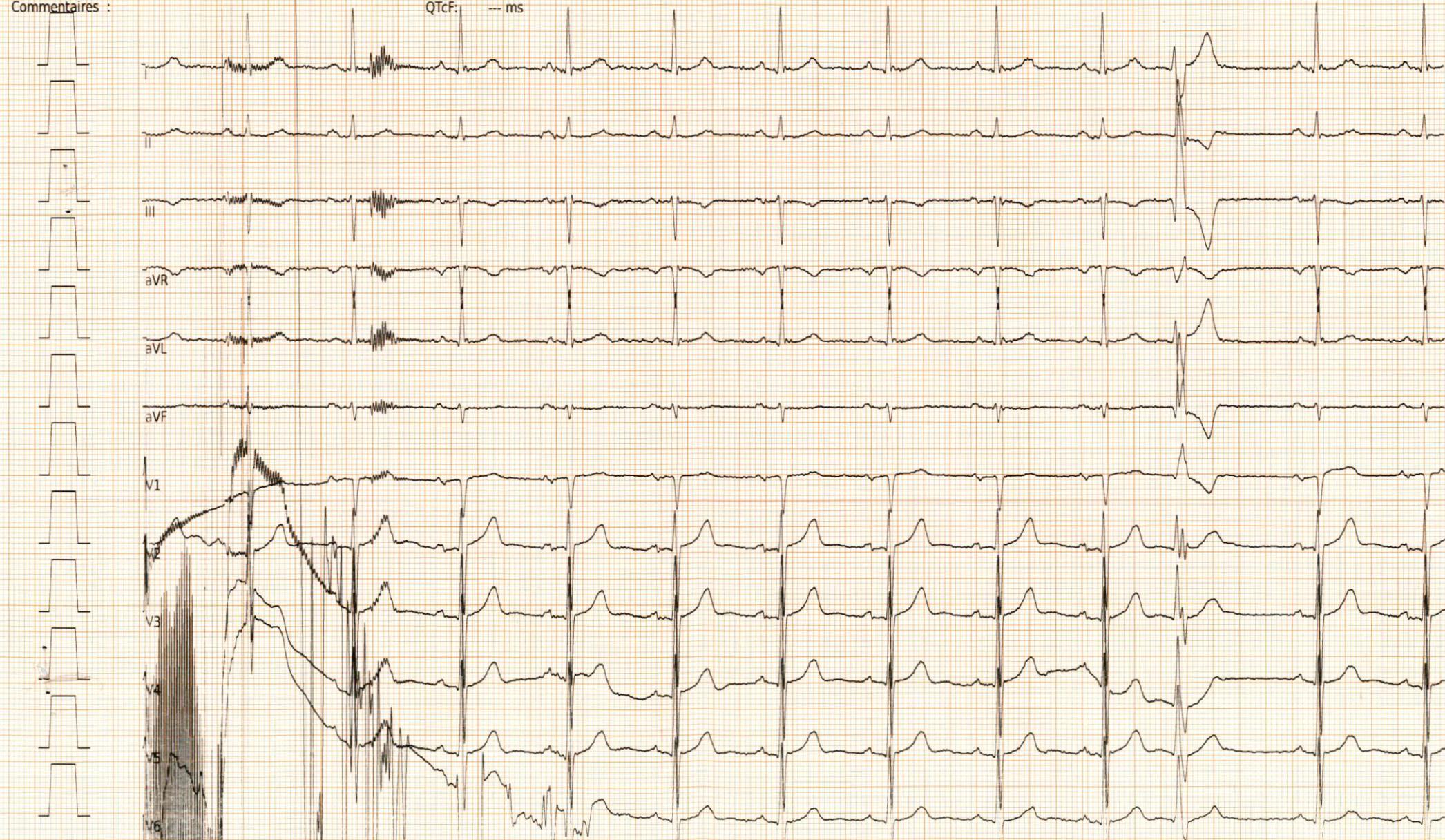
Méd. :  
Technicien :  
Commentaires :

FC: --- bpm  
PR: --- ms  
QRS: --- ms  
QT/QTcH: ---/--- ms  
QTcB: --- ms  
QTcF: --- ms

Rv5-6/Sv1 : ---/--- mV  
Sok-Lyon : --- mV  
Axe: ---/--- °

--- Enregistrement non approprié pour l'analyse - veuillez répéter ---  
Erreur analyse

**\*RAPPORT NON CONFIRMÉ\***



Dép. :

25mm/s 10mm/mV 0.05-40Hz/50Hz Cardioline ECG200+ v.2.01.5558