

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.

Education :

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

clamation : contact@mupras.com
se en charge : pec@mupras.com
sésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Si garantis le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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

Nº P19- 0040250

(35692)

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7122

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AL ZENNOURI Ahmed

Date de naissance :

20 / 12 / 1955

Adresse : Bouskoura golf city Ville Verte
de Bouskoura Im 32 Apt 06

Tél. : 06 69 77 46 33 Total des frais engagés : 3 208,61 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29 / 05 / 2020

Nom et prénom du malade : AL ZENNOURI Ahmed Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Cardiopathies ischémiques AVC ischémique

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 : 05 / 08 / 2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 29/10/11 | NET Actes | ED + ECO | 350DH | Hôpital Universitaire International Cheikh AZIZA Dr HABIBE AZIZA CARDIOLOGIE |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 20/07/2010 | 2861.10 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

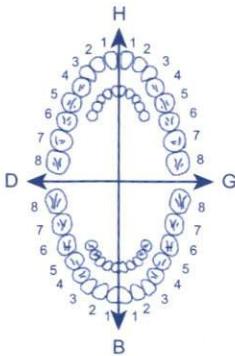
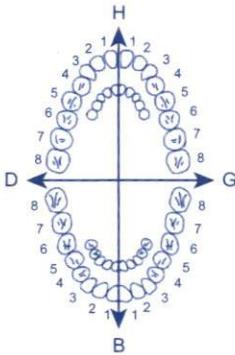
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

BELEVE 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'OD

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------|-------------|--|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|--|--|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box] | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [Empty box] | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION [Empty box] | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION [Empty box] | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box] |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS [Empty box] | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS [Empty box] | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION [Empty box] | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT | | | | | | | | | | | | |

وصفة طبية
Ordonnance

29/02/9696

Casablanca, le :

Dr Al-Zemmouni D...

1) RPS à Néomint: pharynx
2) Copax 25) 100 g

3) Glucex 1,5 g

4) Coveram 10) 10 g

5) Tabor 40 g

6) Dr de 10 g

20/02/9696

FARMACIET 140
L'ISPA Taddart-Bachkou
Tel: 05 22 28 21 67

S.V.

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. MARIE AZIZA BOUJIGE

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Copilavix 75mg/100mg
b30 cp

P.P.V : 278,00 DH



6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Copilavix 75mg/100mg
b30 cp

P.P.V : 278,00 DH



6 118001 082018

TAHOR 40MG 28 CPS
P.P.V : 159DH90

Laboratoires
Pfizer
S.A.



6 118001 170791

TAHOR 40MG 28 CPS
P.P.V : 159DH90

Laboratoires
Pfizer
S.A.



6 118001 170791

TAHOR 40MG 28 CPS
P.P.V : 159DH90

Laboratoires
Pfizer
S.A.



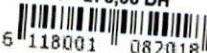
6 118001 170791

LOT 191734
EXP 08/2021
PPV 152.90 DT

LOT 191734
EXP 08/2021
PPV 152.90 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Copilavix 75mg/100mg
b30 cp

P.P.V : 278,00 DH



6 118001 082018

68,90

68,90

68,90

294,00

294,00

294,00

COOPER PHARMA
LOT: 190945
PER: 01/2021
PPV: 152,90 DH

Date : 29/07/2020

Quittance - Paiement espèces 0494350

IPP :

N° D'admission : Montant : 350,-
Patient : A - 260770V2i A17.60



Cachet

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 73 016 / 2020 du 29/07/2020

Nom patient : **AL-ZEMMOURI AHMED** Entrée 29/07/2020

Prise en charge : **PAYANTS** Sortie 29/07/2020

| | | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|---|--|--------|------------|----------------------|------------------|
| <i>PRESTATIONS INTERNES</i> | | | | | |
| - Consultation avec électrocardiogramme | | 1,00 | | 350,00 Sous-Total | 350,00 350,00 |
| Total Frais Clinique | | | | | 350,00 |

| | | |
|---|--------------|---------------|
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS | Total | 350,00 |
| | | |

| Encaissements | Espèces | | | | Total encaissé | Solde |
|---------------|---------------|--|--|--|----------------|-------------|
| | 350,00 | | | | 350,00 | 0,00 |

Id :

Al Zemmouri, Ahmed

Indéfini --- (--) Indéfini

Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

29/07/2020 12:06:22

FC: 57 bpm

PR: 184 ms

QRS: 114 ms

QT/QTcH: 436/431 ms

QTcB: 425 ms

QTcF: 429 ms

R_{svr}/S_{v1} : 1.26/0.53 mV

Sok-Lyon : 1.79 mV

Axe: 59/-34/75 °

Rythme sinusal

--- Interprétation effectuée sans connaître l'âge/sexe du patient ---

Bloc du faisceau antérieur gauche possible

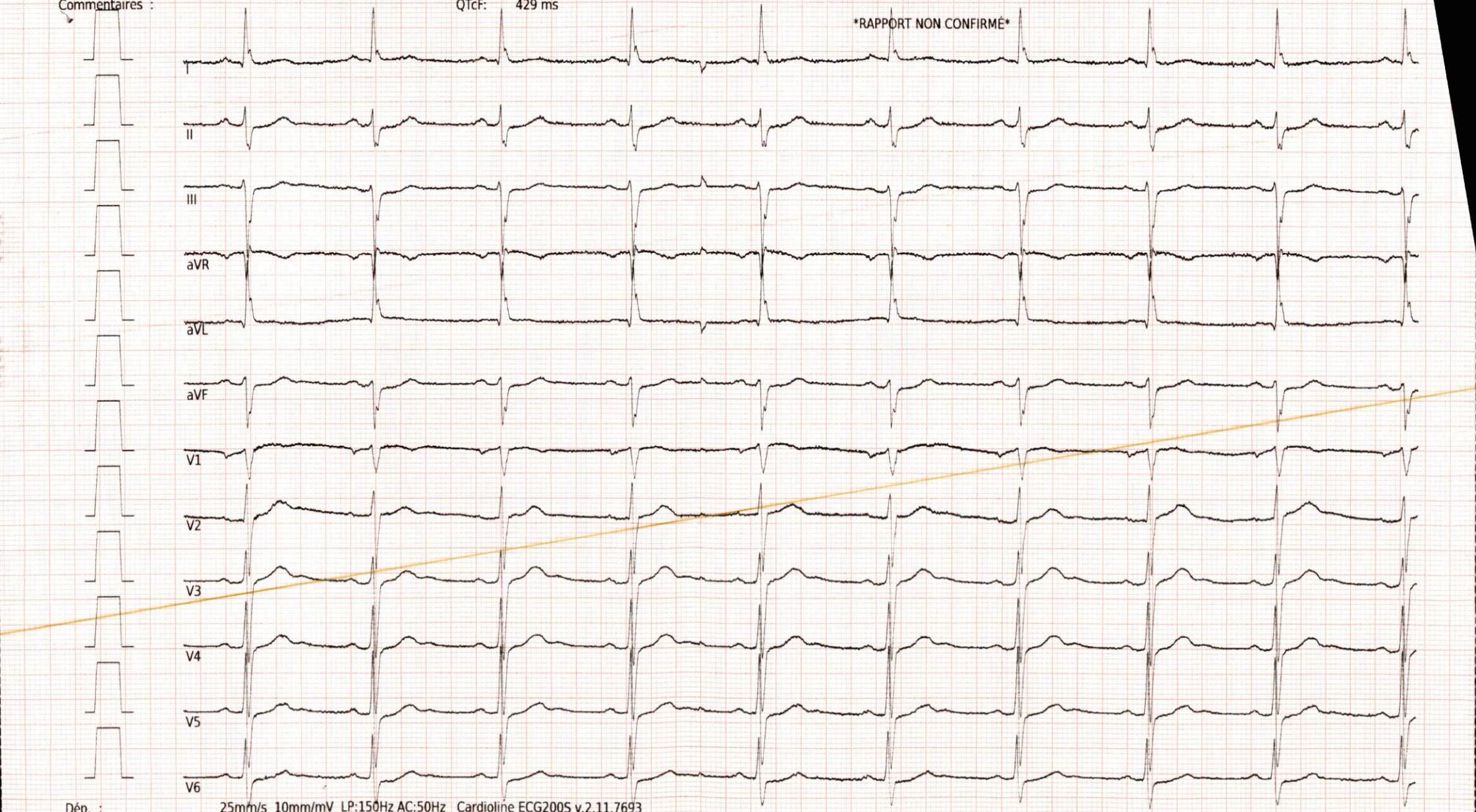
Hypertrophie ventriculaire gauche

Dépression ST jonctionnelle n'est pas spécifique

ECG abnormal

TA = 135/81

RAPPORT NON CONFIRMÉ



Dép. :

25mm/s 10mm/mV LP:150Hz AC:50Hz Cardioline ECG200S v.2.11.7693

Lot ./Batch: 9A209
Fab. ./Mfg: 02/19
EXP.: 01/2021

A standard linear barcode representing the number 9A209.

3 582910 069454

Lot ./Batch: 9A234
Fab. ./Mfg: 09/19
EXP.: 08/2021

A standard linear barcode representing the number 9A234.

3 582910 069454

Fab. ./Mfg: 09/19
EXP.: 08/2021

A standard linear barcode representing the number 9A234.

3 582910 069454