

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

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

ducation :

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.

ladie 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 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

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 00573 Société : L(4913)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : E. K. HARI

Date de naissance : 01-01-1943

Adresse : Jardin de California Bd de Fez

Appr (19 CASABLANCA)

Tél. : 06.65.57.655 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : El HARI Age :
El HARI

Lien de parenté :

Lui-même

Copjoint

Enfant

Nature de la 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 : Le : / /

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

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	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412 00000000	21433552 00000000
D 00000000 35533411	00000000 11433553

[Création, remont, adjonction]

daflon® 500 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 100041

daflon® 500 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 100041

daflon® 500 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 100041

daflon® 500 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 100041

daflon® 500 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 100041

daflon® 500 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 100041

DÉTENSIEL® 10 mg

30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

ANXIOL® 6 mg

30 comprimés quadrisécables



6 118000 081111

ANXIOL® 6 mg

30 comprimés quadrisécables



6 118000 081111

DÉTENSIEL® 10 mg

30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

CILENTRA® 10 mg

Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



6 118001 300303

CILENTRA® 10 mg

Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



6 118001 300303

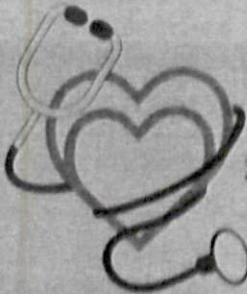
Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Coeur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السلمي

أستاذ مساعد بكلية الطب بالدار البيضاء

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

خريج بكلية الطب بباريس

خصم القلب بالصدري والدوبلير بالألوان

Patient: AUR Alensi Casablanca, le 25 JUIN 2020

Traitem. 2x126,00 Labfa
Traitem. 3x111,00 cilestaz 10 S.V.

Traitem. 3x111,00 1/24 leuber
Traitem. 2x103,00 Défuranel 10 S.V.

Traitem. 2x36,70 1/2g levor
Traitem. 2x121,70 (or) Arkol 6g S.V.

Traitem. 2x121,70 1/2g levor
Traitem. 2x121,70 (or) Arkol 6g S.V.
Traitem. 2x121,70 Daglon 500 S.V.

Total 1277,60 S.V. 01 S.V.

PHARMACIE CALIFORNIA
ALI ALAMI
Docteur en Pharmacie
455 Bd. Panoramique Pm
356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail: cabinet@aliamali.com
Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 33
Casablanca 06 65 14 69 96
CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

ANDALOUSSI, LATIFA
ID:

0yr
Unknown

Comment:

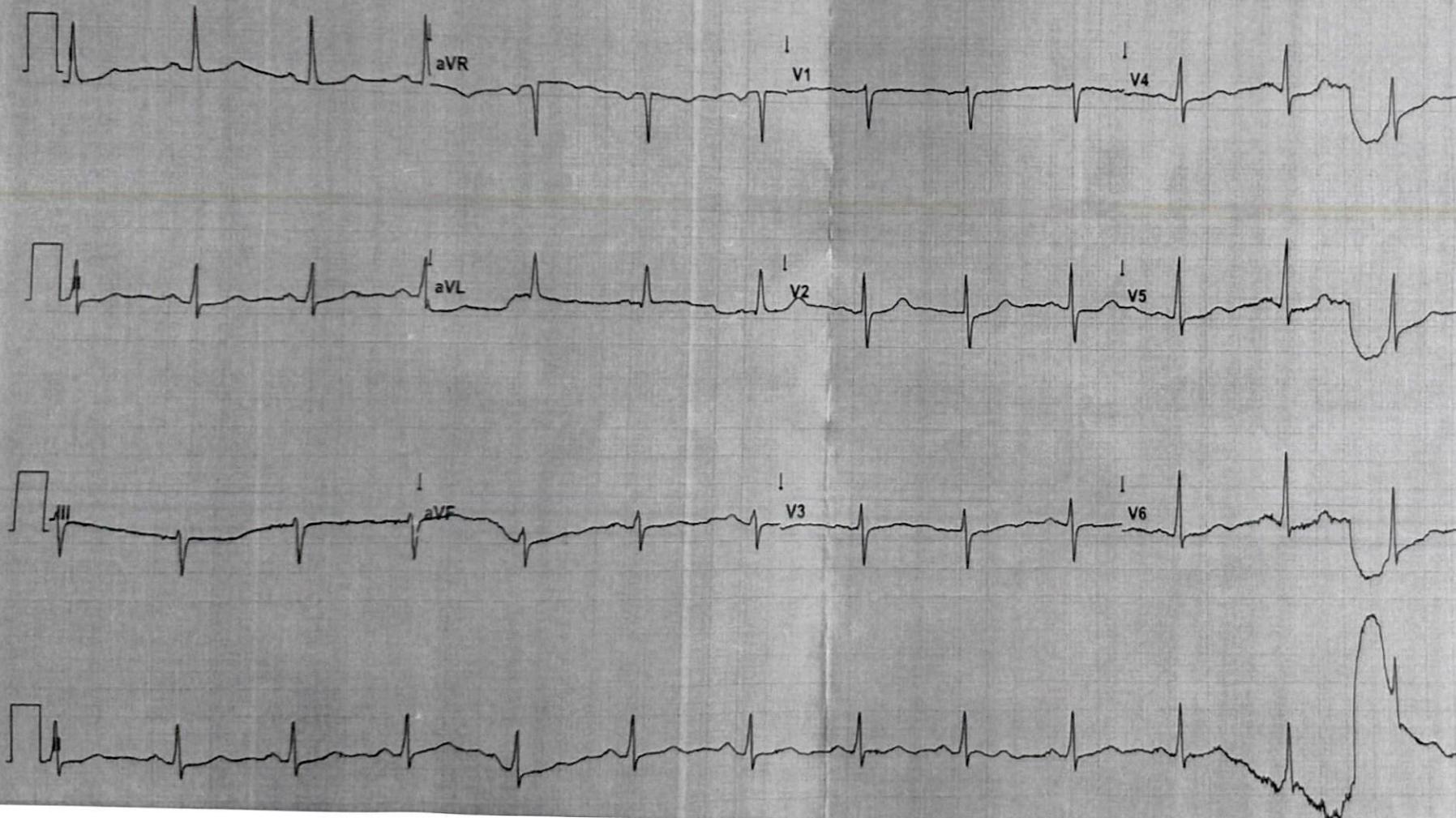
Dr Saâd SOUFIEN V1
Professeur de Cardiologie
356 Rue Mouffetard 75005 Paris
Tel. 01 43 21 22 22

25-Jun-2020 07:49:39

Vent rate: 76 BPM
PR int: 172 ms
QRS dur: 95 ms
QT/QTc: 384 / 414 ms
P-R-T axes: 33 0 48

RYTHME SINUSAL AVEC DE RARES EXTRASYSTOLES VENTRICULAIRES
ANOMALIE NON SPECIFIQUE DE L'ONDE T
ECG ANORMAL
ATTENTION: LA QUALITE DES DONNEES PEUT INFLUENCER L'INTERPRETATION

Revu par _____



تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
26/06/2020	092017177		Boiss	<i>Dr. Saïd NABULANI Professeur de Cardiologie 206 Rue Mostafa El Masha Tel. 72.11.126.10.51</i>
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

CIM-10

Actes Paramédicaux						العمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imaging				
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP/NABM	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة او الإيجيسي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المعونة			
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الشمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي او مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	
25/6/2020	1277,60	<i>PHARMACEUTICAL ALI AL AMI Docteur en Pharmacie 43, Bd. Panamericaine Polo Albâanca - Tel. 0522.52.19.99</i>	
INPE et code à Barres INPE: 092017177			
INPE et code à Barres			

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

**بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري**

**RELEVE DES PRESTATIONS
AMO**



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 200796766204987

Emis à Casablanca le : 14/07/2020

Page : 1

Identifiant de la famille **تعريف العائلة**

N° d'immatriculation : 186172518
Règlement du mois : 07/2020
Mode de paiement : Virement

ANDALOUSSI LATIFA
HADAÏK CALIFORNIE APPT 19 IMM C ETG 4
CALIFORNIE
CASABLANCA 2000

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعريفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
ANDALOUSSI LATIFA										
070551365	25/06/2020	CSC	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70	175,00
070551365	25/06/2020	PH	PHARMACIE	528,80	528,80	1,00	1,00	528,80	70	370,16
070551365	25/06/2020	PHN	PHARMACIE	748,80	736,20	1,00	1,00	736,20-	00	0,00
Total remboursé pour LATIFA										545,16
Total général remboursé										545,16

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان