

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-467264

ND: 53026



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 4508

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HILAL TAOUFIK

Date de naissance : 12.9.1963

Adresse : 1 Rue Sanaa x lot DAWLI 2 ANFA

Casablanca

Tél. : 0664 173752

Total des frais engagés : 1800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ilham EL JAOUI
Cardiologue
58 Rue Moussa Ibn Noussair 1er Etage
Casablanca - Tél: 05 22 27 15 20

Date de consultation : 23/11/2020

Nom et prénom du malade : HILAL TAOUFIK

Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

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 : Casablanca

Le : 23/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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'ODF.																																	
	SOINS DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>	
		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"/>																																	
ODF PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>25533412</th> <th>21433552</th> </tr> <tr> <th>D</th> <th>00000000</th> <th>00000000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3">B</td> </tr> </tbody> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
	H	25533412	21433552																														
	D	00000000	00000000																														
	D		G																														
	00000000		00000000																														
	35533411		11433553																														
	B																																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 LE DEVIS																																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																	

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 23-11-2020

Facture N° 17831/20

A. Identification

N° Dossier : CJO20K23131914

N° Identifiant : 036476/20

Nom & Prénom : M. HILAL TAOUIFIK

C.I.N : T103823

Adresse : ANFA CASA

Médecin traitant : DR . EL JAOUI ILHAM

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 23-11-2020

Date Sortie : 23-11-2020

Traitements :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	ECG		200,00			200,00
1	ECHO COEUR		600,00			600,00
Total Rubrique :						
800,00						
PARTIE CLINIQUE :						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. EL JAOUI ILHAM (CARDIOLOGIE)		1 000,00			1 000,00
Total Rubrique :						
1 000,00						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
TOTAL GENERAL						
1 800,00						

Arrêté la présente facture à la somme de :

MILLE HUIT CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

TOTAL GENERAL 1 800,00

CLINIQUE JERRADA OASIS
173, Av. Abderrahim Bouabid
Oasis - Casablanca
Tél. : 05 22 23 81 81 ①
Fax : 05 22 23 81 82

Cachet et Signature

Dr Kawtar BOULAAJAJ
Hématologue

Maladies du sang, des ganglions et de la rate

Greffé de moelle osseuse

Adultes - enfants

الدكتورة كوثر بولعاج
أخصائية في أمراض الدم

أمراض الدم
أمراض الغدد المتفاوتة والطحال
العلاج الكيماوي / نوع النخاع العظمي
(كبار - صغار)

Casablanca, le: 23/11/2020

NILYAN RAWFIK

ST
- Covid 19 +
- Rb en urdie pré Chabab (Chabab Quirke)

ECG + Echo - lab

د. كوثر بولعاج
Dr. Kawtar BOULAAJAJ
Hématologue
05 22 75 32 48 / 06 60 97 09 29
Bd. Med. Baamrani, Lot. Chabab C2A
Imm F3, Apt. 12 Qu. Bernoussi, Casablanca

05 22 75 32 48

06 60 970 929

kawtarboulaajaj@yahoo.fr

Lot Chabab C2A, Bd Med Baamrani, Imm F3, Apt 12 (à côté de la clinique Firdaus), Aïn Sebaa-Casablanca



Casablanca, le 28/11/2000

Mr HILAL TAOURIT

Compte rendu d'échographie

Orientation

- Cavité cardiaque par dilatées avec cardiomegolie et séparation coronaire, 0.5 cm^2 .
- Bonne fonction contractile du ventricule gauche (FE $\approx 72\%$, en moyenne).
- Des valves petites malades par Aortopathie. valves et sténose mitrales.
- Des de thrombus dans les cavités.
- Des l'opérateur précaution.
- Coeur cardiaque distendu par dilatées avec bonne fonction contractile du ventricule droit. Surface tricaréale minimale HGA2.
- VCI par dilatées complétée.

en Doppler:

- EF ≈ 3
- SVD $\approx 13 \text{ cm/s}$
- DAS $\approx 17-18$

- au doigt :
- Bonne fonction et anépigasto ND et VR (FR $\approx 72\%$, moyenne)
 - Il par ses sténoses : DAS $\approx 17-18$.
 - Des thrombus dans les cavités

Dr Ilyas El JAOUI
CARDIOLOGUE
58, Rue Mohamed Benou Noussir
Casablanca - Tel: 0662 06 04 #