

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.

adiologie 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.

ptique :

- 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.

entaire :

- 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

- | | |
|----------------------------------|-----------------------|
| 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

ND 17/09

Déclaration de Maladie : N° P19- 0007529

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5131**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **LAROUZI A.**

Date de naissance : **03.07.53**

Adresse : **ISSEM**

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. C. ABDELKHIRANE
Cardiologue
Clinique des spécialités Achifaa
Angle rues Léhouen El Arjoune et Lavoisier
(face Hôpital 20 Août)
Tél : 0 522 859 220 - GSM : 0661 14 69 59

Date de consultation : **14.01.2012**

Nom et prénom du malade : **Larouzi Noureddine** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Hyp**

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 : **CASA**

Signature de l'adhérent(e) :



Dr. C. ABDELKHIRANE
Cardiologue
Clinique des spécialités Achifaa
Angle rues Léhouen El Arjoune et Lavoisier
(face Hôpital 20 Août)
Tél : 0 522 859 220 - GSM : 0661 14 69 59

BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 ARMACIE M. YOUSSEF Alma CHEKIF YOUSSEF Pharmacie 19 Boulevard M. Youssef ANCA - Tél : 05 22 22 21 25	15/01/20	375,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

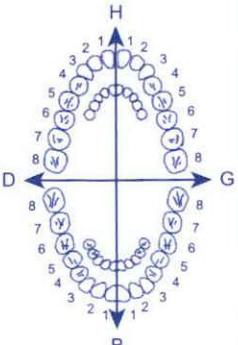
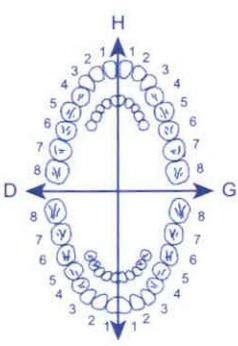
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
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></td><td></td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مصحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa



Angle Rues Lahcen El Arjouni et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)

05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur :

Casablanca, le :

Casablanca le 15/01//2020

MR LAROUI NOURDDINE



236,00

1-EXFORGE 5/80 mg

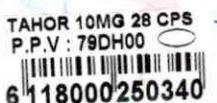
1cp/j

79,00

2-TAHOR 10mg

1cp/j

375,00



PHARMACIE MY YOUSSEF

Salma CHIBIET D'LAZZANE

Docteur en Pharmacie

139 Boulevard My. Youssef

CASABLANCA - Tél : 05 22 22 27 25

NOTE D'HONORAIRE

Casablanca, le 16/01/2020

Le Docteur Chérif ABDELKHIRANE

prie Mr Yousri... Mohamed d'accepter l'expression

de ses sentiments distinguées et lui présente suivant l'usage,

sa note d'honoraires pour DAJA

.....
.....
.....

S'élevant à la somme de 1000,00 Dhs.

Dr. C. ABDELKHIRANE

Cardiologue

Clinique des spécialités Achifaa

Angle rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier

(face Hôpital 20 Août)

Tél : 0 522 859 220 - GSM : 0661 14 69 59

Angle rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (Face Hôpital 20 Août) / Casa

Tél. 05 22 85 92 20 Fax 05 22 86 22 23

RAPPORT DE PRESSION ARTERIELLE AMBULATOIRE

HOLTER TENSIONNEL

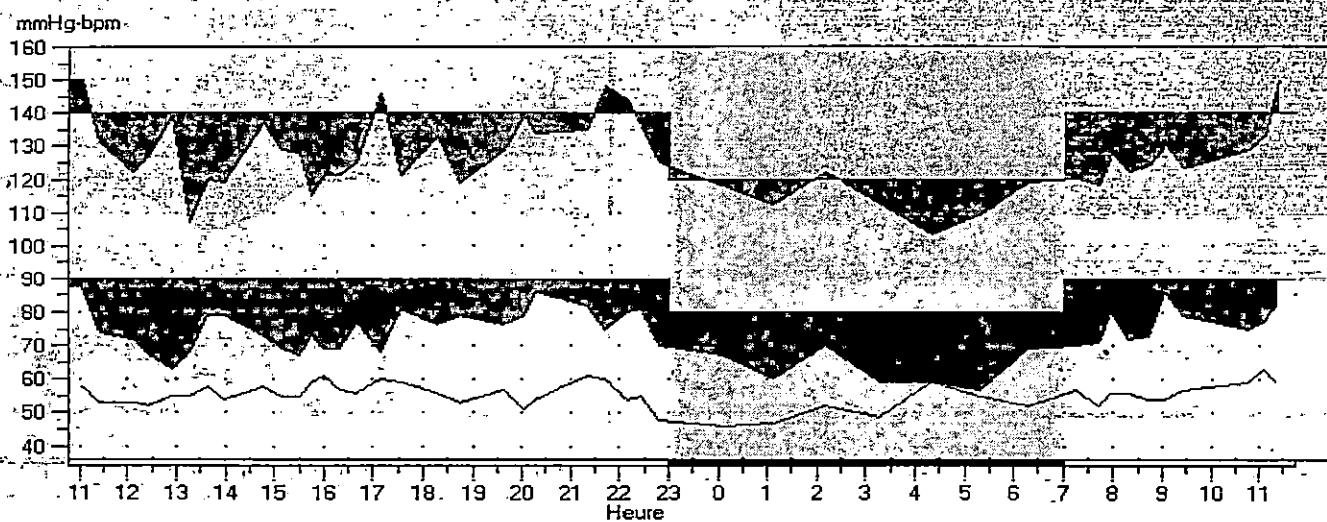
 **SORIN GROUP**
AT THE HEART OF MEDICAL TECHNOLOGY

-HTA systolodiastolique grade 2 diurne et nocture
-pics tensionnels max 186 de PAS et 122 PAD

Nom du patient: Jaroui Nourdiné

Identité du patient: 19/55

Date de test: 09-déc-2019



Période	Moy. FC	Heure	ng. P	Échant.	Clara.	Moy. Sys mmHg (+/- Dév. Std.)	Moy. Dia mmHg (+/- Dév. Std.)	Moy. FC BPM (+/- Dév. Std.)	Chrg. PA Sys %	Chrg. PA Dia %
Ensemble	10,47	11,22 (24,35)	44			127 (11,2)	73 (7,4)	55 (3,6)	14	0
Période d'éveil	5,2	07:00-23:00	11	37		129 (10,2)	75 (6,0)	56 (3,1)	14	0
Période de sommeil	12,2	23:00-07:00	7			114 (6,6)	63 (5,4)	51 (4,6)	14	0
Dip endor.: Sys = 12,0% Dia = 16,3%										

Médicaments actuels

Diagnostic du médecin

HTA

Charge normale sans HT

124/73 mmHg

Médecin ayant recommandé:

Signature

Date

Dr. MEDDEKHIRANE
Médecin diagnostiquant:
Cardiologue
Clinique des spécialités Achifa
Angle n°s Lahcen El Arjoun et Lavosier
Face Arjoun 20 Aïn El
Tél : 0 522 583 2456
Signature GSM : 0661 14 39 59

Date

Rapport PA ambulatoire: Agilis