

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 de caractère personnel.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-485553

WB = 20561

CA

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	7951	Société :	RAN
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	LAMRABET AHMED
Nom & Prénom : ANDALOUS I RUE3 N° 54 CASABLANCA			
Date de naissance :	01/04/1966		
Adresse :	0679982679	Total des frais engagés :	Dhs
Tél. :			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : LAMRABET AHMED Age:			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Proptane tendin Rotulien			
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 : 17/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :



10 FEV. 2020

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
27/04/2020	C3 (ordre dent)	GT	INP : 0912338461 Dr Aouad	
27/04/2020	W.M. (fraise)	1801		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA TULIPÉE 843, Avenue 2 Mars Haddadieh Tél: 0522 21 62 22	1/02/20	2050,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

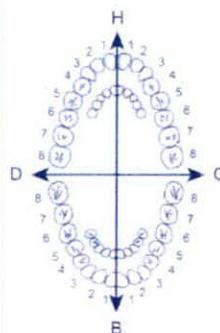
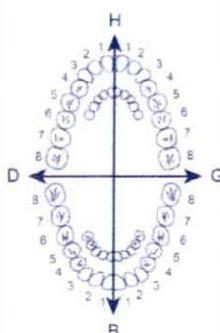
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

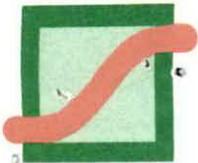
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H	25533412 00000000	21433552 00000000		
D	00000000	00000000		
B	35533411	11433553		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

CACHET ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ة دار السلام
CLINIQUE DAR

sachet(s) fois par jour
prendre de préférence au début des repas
pendant jours.
Lire la notice attentivement avant emploi.
كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال يوم.
Uniquement sur ordonnance
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Casablanca,

PPV : 222,00 DH
LOT : 619025
PER : 11/20tin est une marque déposée
étés du Groupe GlaxoSmithKlinePOLYCLINIQUE
DAR SALAM
73, Bd Modibo
Casablanca - Maroc
Tél : 0522 21 62 22
Fax : 0522 21 62 22PHARMACIE LA TULIVE
643, Avenue 2 Mars Haidouia 3
Tél : 0522 21 62 22

222,00

1. Augmentin 1g

1g x 30s/1g - pdt 10j

61,50

2. Moxicil 15

1cp/jr pdt 7j

22,20

3 - Cetodiprane

349,00x5

rex 30s/10pdt

2050,70

URGENCES 24/24

654,70

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebā Casablanca
Lovenox 4000ulantixa inj b6
PPV : 349,00 DH



6 118001 080465

PFV 610 H50
PER 10/21
LOT H2216

61,50

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebā Casablanca
Lovenox 4000ulantixa inj b6
PPV : 349,00 DH



6 118001 080465

PFV 22 DH 20
PER 10/21
LOT 12330

22,20

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebā Casablanca
Lovenox 4000ulantixa inj b6
PPV : 349,00 DH



6 118001 080465

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebā Casablanca
Lovenox 4000ulantixa inj b6
PPV : 349,00 DH

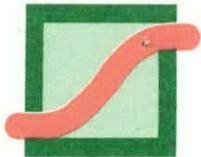


6 118001 080465

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebā Casablanca
Lovenox 4000ulantixa inj b6
PPV : 349,00 DH



6 118001 080465



مَسْجِدَةُ دَارُ السَّلَامِ
CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 07/10/2020

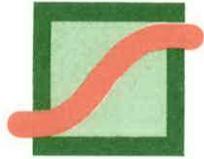
Dr LAMRABET Alain

ECG



URGENCES 24 / 24 مُسْتَعِنَةٌ

728, Bd. Modibo Keita Casablanca 20100 - Tél : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma
www.cliniquedarsalam.ma - C.N.S.S. : 6387246 - Patente : 36372350 - I.F. : 1087352



FACTURE
N° 202001341B

NOM ET PRENOM : MR. MRABET AHMED

Médecin traitant : DR . ALLALI EQ. REA MUT/MUPRAS

01/02/2020

DESIGNATION	QT	P/U	TOTAL
ECG	1	150,00	150,00
T O T A L			150,00

Soit : cent cinquante dirhams.

Payé en Espèce
Le... 01/02/2020

POUR LA MISE EN ŒUVRE
DU CONTRAT DE TRAVAIL
DU PERSONNEL

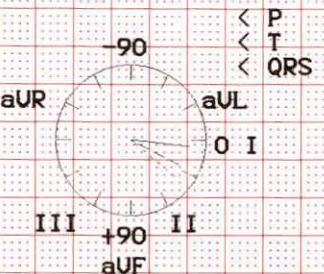
مستعجلات 24 / 24

FC 80/min

Le 01/02/2006

Résultats mesures:

QRS : 84 ms
 QT/QTcB : 352 / 405 ms
 PQ : 178 ms
 P : 116 ms
 RR/PP : 742 / 750 ms
 P/QRS/T : 39/ 7/ 27 degrés



Interprétation:

ECG normalisé par rapport à la norme de l'OMS

Normal ECG according to WHO norm

ECG normalisé par rapport à la norme de l'OMS

Normal ECG according to WHO norm

LAMRABET AHMED

rapport non confirmé .

