

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

diologie 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.

tique :

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 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

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



Déclaration de Maladie

Nº M20- 0001499

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 50011 Société : SGUO9

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AMMARI KHADIDA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M20-01499

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-452658

En cours

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
30011

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Société :

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél :

AMMARI Khadija Veuve HADDI

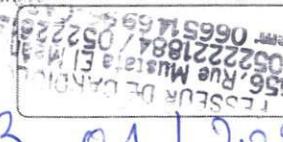
N° 33 Rue Sidi ibn ABI ou AKKASS

Etage 2 Casablanca

0674 91 4417 Total des frais engagés : 1.954,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

13, 01 | 2021

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Copain

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

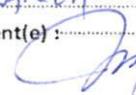
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 19/01/2021

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
13/11/2014	3 + 46 (ECU)		300,00	INP 13/11/2014 MESSIEUR DE CASTEL LILLE 59000 France

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Basseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CALIFORNIA ALI ALAMI Docteur en Pharmacie 435, Bd. Panorama Casablanca - Tél. 03 22 10 00	13/ab/21	1654,30

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES								
Le praticien est prie de preciser 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								
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>				
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
				DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>				
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>				
				O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES				
					DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
					H 25533412 21433552 00060000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B			
					(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION								

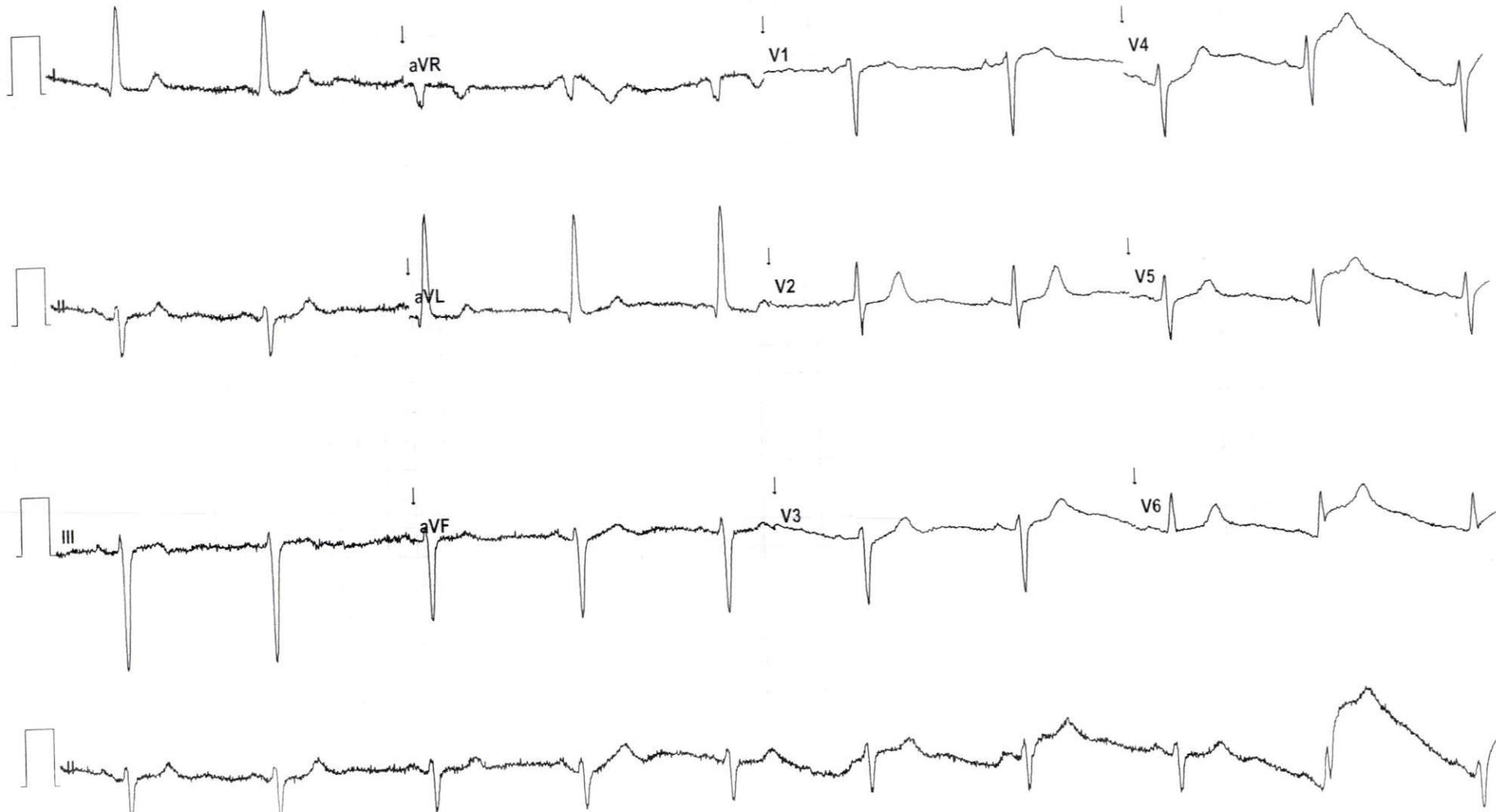
Last: AMARI
First: KHADIJA
ID:
DOB:
Age: 39
Sex: F

13-Jan-2021 12:54:39

Fréq.Card: 57 BPM
Int PR: 167 ms
Dur.QRS: 113 ms
QT/QTc: 424 / 419 ms
Axes P-R-T: 52 -42 22
Moy RR: 1037 ms
QTcB: 416 ms
QTcF: 418 ms

BRADYCARDIE SINUSALE
DEVIATION AXIALE GAUCHE DE QRS IMPORTANTE [AXE QRS < -30]
RETARD NON SPECIFIQUE DE CONDUCTION INTRAVENTRICULAIRE [QRS DE 110+ MS]
TRACE EN FAVEUR D'HVG DEVANT [UN DES CRITERES SUIVANTS: GRANDE ONDE R EN AVL OU V5,
GRANDE ONDE S EN V1, GRANDE ONDE R EN V5/V6 ET GRANDE ONDE S EN V1]
ECG ANORMAL
ATTENTION: LA QUALITE DES DONNEES PEUT INFLUENCER L'INTERPRETATION

Non confirmé



Site Zero

Site # 0 App.# 0 ELI Link 4.11.6.0 Séquence # 31838 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz

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 سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى والدوبلير بالألوان

Patient:

Casablanca, le

13 JAN 2021

Traitements de:
Trois (03) Mois

3x 293.00

PR foge 80 (5

S.V

3x 44.00

Traitements de:
Trois (03) Mois

Carotinor 68 mg

S.V

3x 27.70

Traitements de:
Trois (03) Mois

Cardiospiré 100

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

78.70

44.70

1 yaourte

Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Barcode: 6 18001 090280

01 090280

78.70

44.70

1 yaourt

1 yaourt

TSI

35€

زنقة مصطفى المعاني (قرب زنقة أڭادير)

d'Agadir - 1^{er} Étage - Casablanca - E-mail : cabinetoulami@gmail.com

390 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

6 * 71,30

Takata -

S.V.

T : 1654,30

~~PHARMACIE CALIFORNIE~~

~~ALI ALAMI~~

~~Docteur en Pharmacie~~

~~435, Bd. Panoramique Pol~~

~~96500 Sétif - Algérie~~

~~Tel: 0522 22 18 84 0522 26 13 36~~

~~356, Rue Mustafa El Maamari~~

~~Processus de Cardiologie~~

~~DR. Saad SOUILAMI~~

~~Trés (03) Mois~~

~~Tratier de~~

71,30

71,30

71,30

71,30

71,30

71,30

LOT : 201292

UT AV : 09/2023

PPV : 47,00DH

LOT : 201292

UT AV : 09/2023

PPV : 47,00DH

LOT : 201292

UT AV : 09/2023

PPV : 47,00DH

611800103058 3

EXFORGE

5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 293,00 DH

611800103058 3

EXFORGE

5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 293,00 DH

NOVARTIS

PPV : 293,00 DH