

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 :

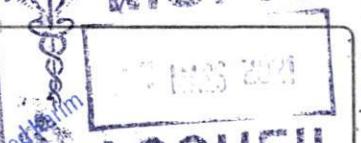
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

64065

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 01377	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom KASRI MOHAMMED			
Date de naissance : 01/01/1980			
Adresse : 22 A Rue Tanger, cité de l'ain Nouaceur			
Tél. : 0661106715		Total des frais engagés : 11165000	
Cadre réservé au Médecin			
<div style="text-align: center;">   </div>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 08/10/2021			
Nom et prénom du malade : Mr Kasri Mohamed			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Crise cardiaque + HTA + ARD			
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 : **Nouaceur** Le **08/10/2021**
Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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
08/03/2021	CS + ECO	25000	Dr. BENJELLOUN M'hamed CARDIOLOGUE Bd Al Qods (Ain Chock) 511 Jardin Al Qods (California Apt 38 Poste Police et concessionnaire RENAULT 57-45 - Gsm:	INP : 0239966813

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BEN M'SIK Docteur En Pharmacie Lot. Khadija Bd. Oum Rabia - Deroua Gsm : 05 22 58 20 58 88/3/21	88/3/21	4215,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

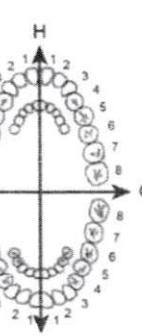
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>											
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>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
	H	25533412	21433552												
	D	00000000	00000000												
	B	35533411	11433553												
	G														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr BENJELLOUN Mohammed Karim

Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux

Hypertension Artérielle, ECG (Tracé du coeur)

Cholestérol, Holter ECG et Tensionnel

Diplômé d'Echoangiographie Doppler

BORDEAUX



جلون محمد كريم

اض القلب و الشريان

ي - الكوليستروول...

رباني للقلب، الهرولتر

ص بالصدى

معة بوردو

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban

28 caps

P.P.V. : 984,00 DH

Bayer S.A.

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban

28 caps

P.P.V. : 984,00 DH

Bayer S.A.

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban

28 caps

P.P.V. : 984,00 DH

Bayer S.A.

CARDENSIEL 2,5 mg B30

PPV: 50,70 DH

CARDENSIEL 2,5 mg B30

PPV: 50,70 DH

CARDENSIEL 2,5 mg B30

PPV: 50,70 DH

Cardensiel 2,5mg B30

PPV: 50,70 DH

1: Casablanca, le : 08/03/2021
Kabri Mohamed

29/3 X3 Xarelto 20, 05.3

29/3 X3 Cardensiel 2,5, 1-05.1

29/3 X3 Crestor 5mg, 001

29/3 X4 Tareg 160, 001

16/3 X3 LARMABAK

T = 42/15,80

15/3

D. BENJELLOUN M. Karim

PHARMACIE B
MAROUANI
Docteur En PH

Lot. Khadija Bd. Oum

Gsm : 05 22 5

LARMABAK 0.9%

Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouf
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

6 118001 100651

LARMABAK 0.9%

Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouf
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

118001 100651

LARMABAK 0.9%

Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouf
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

6 118001 100651

Bd. Al Qods, 511,

Ain Chok - Casablanca

valable 3 mois

Le 03/08/2014

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

KASRI Mohamed

Présente

Aicha Tchoumari + son

Nécessitant un traitement d'une durée de :

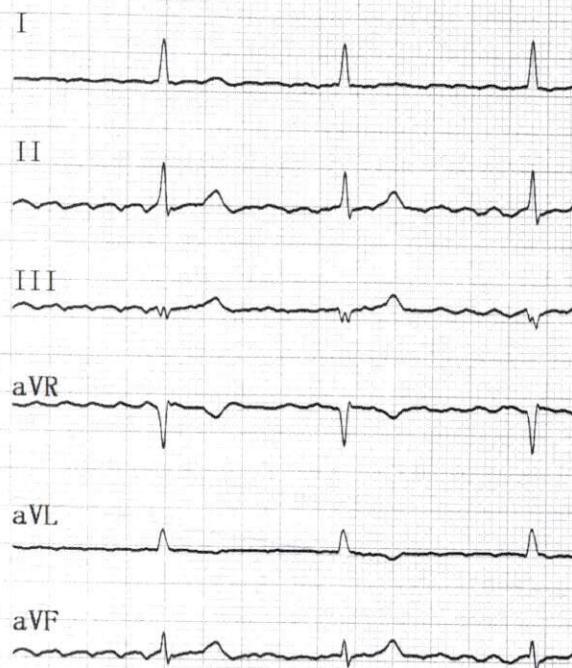
3 mois, le remarche

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

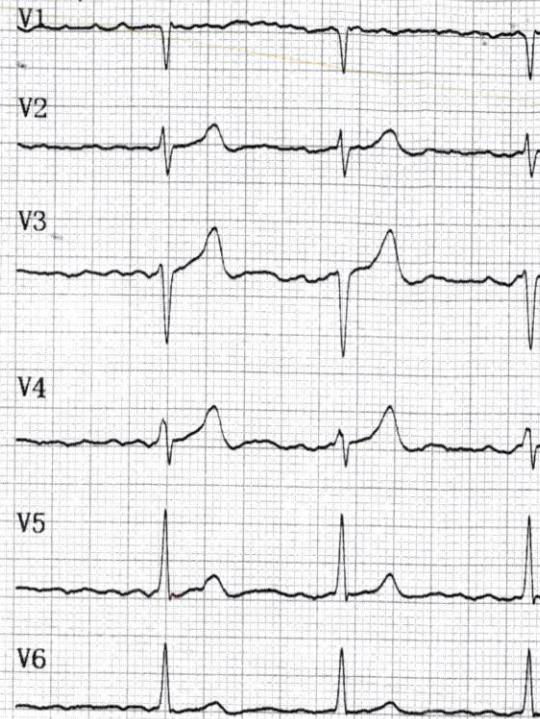
site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

AUTO 10mm/mV



25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+DFT

10mm/mV



Dr BENJELOUN mohammed karim

2021-03-08 13:00

ID: KASRI

Nom: MOHAMED

Sexe: _____

Age: _____

cm Poids: _____

kg SYS/DIA: _____

mmHg

Taille: _____ cm Poids: _____ kg SYS/DIA: _____ mmHg

FC bpm : 62

ms :

Intervalle PR ms :

Durée P ms :

Durée QRS ms :

Durée T ms :

QT/QTc ms :

Axe P/QRS/T deg :

R(V5)/S(V1) mV :

R(V5)+S(V1) mV :

<<Conclusions>>

ms : 90

ms : 225

ms : 430/437

deg : 0.0/9.2/88.3

mV : 0.78/0.45

mV : 1.23

Médecin _____