

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.

Diagnostique 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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 0043491 / 270

71684

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 270 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELYACOUBI MOHAMED

Date de naissance : 01/01/1940

Adresse : 62, Rue des Salins OASIS CASA.

Tél. : 0661087345 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/05/2021

Nom et prénom du malade : EL YACOUBI MOHAMED Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



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
04.05.2021	09.1.16		300,10	 Dr. LAKHSSA Abdelhak Ben Kaddour Boulevard Abdelhak Ben Kaddour 22.06.06

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie des Papillons Tel: 022 25 51 51 N° 38 Rue Jules GROS - 0355	04.10.21	T = 540,80 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

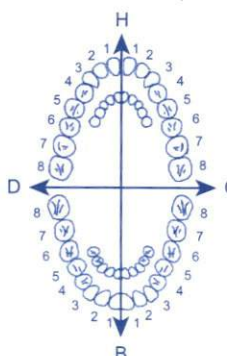
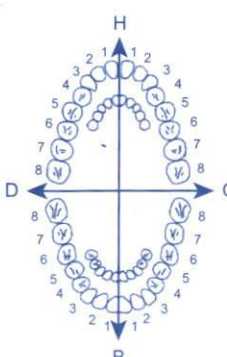
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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

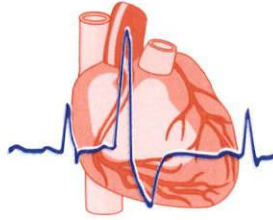
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

Dr. Abdellatif LAKHSSASSI

Spécialiste des Maladies du Cœur
et des Vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine
de Montpellier
Membre de la Société Française
de Cardiologie
Ancien Chef de Service de Cardiologie
des Polycliniques de la Sécurité Sociale



الدكتور عبد اللطيف الخصاصي
اختصاصي في أمراض القلب والشرابين
خريج كلية الطب بمونبولي
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب
رئيس قسم أمراض القلب سابقا
مهمات الضمان الإجتماعي

Casablanca, le 04.05.2021

EL YACEUBI Mohamed

$$\frac{136,60 \times 2}{273,20} \text{ Année 5}$$

$$\frac{89,20 \times 2}{89,20} = 267,60 \text{ in}$$

$$T = 540,80$$

طيف الخصاصي
Dr. LAKHSSASSI
Cardiologue
3, Boulevard Abd
Tél : 022

P.P.V. 89,20
301642

P.P.V. 136,60
301642

UT.AV : 2 2 P.P.V. 136,60
LOT N° : 301642

UT.AV : 2 2 P.P.V. 89,20
LOT N° : 301642

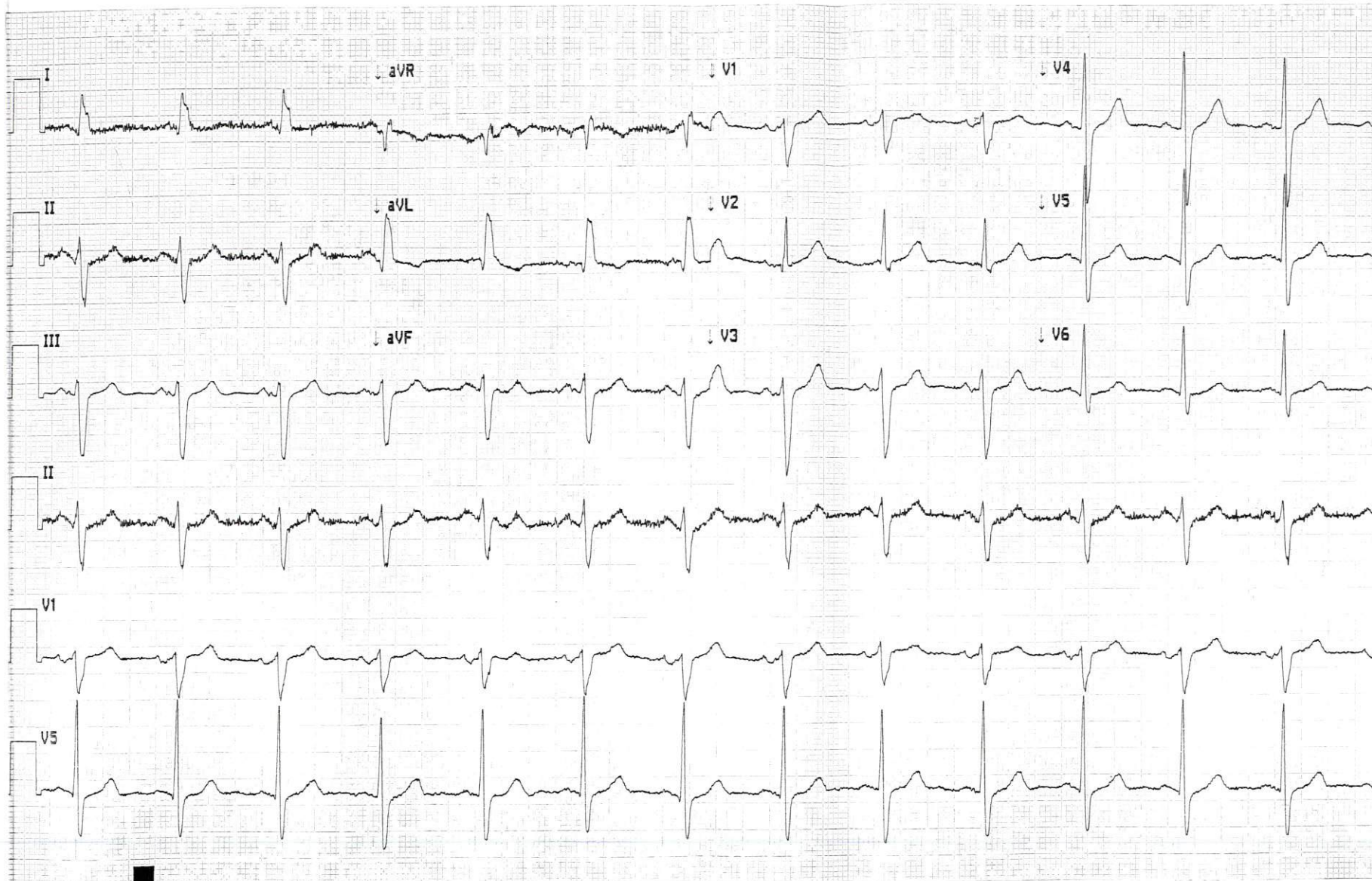
UT.AV : 2 2 P.P.V. 89,20
LOT N° : 301642

30 Rue Jules Verne - Casablanca
22560000 - Casablanca

ID: EL Yacoubi Mohamed
D-naiss: 03/05/1979
ans, 42
Dr. LAKHSSASSI Abdelatif
Cardiologue
3, Boulevard Abdelatif Ben Kaddour
Tél : 022.94.08.08

4-May-2021 15:00:45

Fréq.Card: 79 BPM
Int PR: 148 ms
Dur.QRS: 123 ms
QT/QTc: 368/403 ms
Axes P-R-T: 57 -49 75



08490010908

CABINET DR LAKHSSASSI

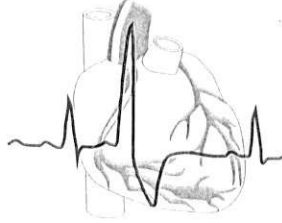
Site * 0 App.* 0 Version 1.41.00 Séquence #14641 25mm/s 10mm/mV 0.05-150 Hz

عيادة فحص و تشخيص أمراض القلب و الشرايين

CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Dr. Abdellatif LAKHSSASSI

Spécialiste des Maladies du Cœur
et des Vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine
de Montpellier
Membre de la Société Française
de Cardiologie



الدكتور عبد اللطيف الخصاصي

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
خريج كلية الطب بمونبيلي
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب

ELECTROCARDIOGRAMME

Nom : EL YACOUT Prénom : Mohamed
Date : 04.05.2021 Dossier N° :

33, Bd, Abdellatif Ben Kaddour - Rés. Bella Vista II - Appt, N° 4 - 2ème Etage - Casa
الهاتف : 05 22 94 06 06 - الفاكس : 05 22 94 00 60 - المحمول : 06 61 14 48 64 - GSM
33, Bd, Abdellatif Ben Kaddour - Rés. Bella Vista II - Appt, N° 4 - 2ème Etage - Casa