

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

cique :

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.

ntaire :

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 caractére 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 M21- 064623

82249

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09694

Société :

RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

M. GOUMA MHAND

Date de naissance :

01/01/1948

Adresse :

La marina

Tél. : 0610690776

Total des frais engagés : 625,20 Dhs

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

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 M21-64623

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 :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

ESQAG

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth (1-8 on each side) and various dental symbols placed around them. The arch is oriented with the head at the top. A coordinate system is overlaid, with the vertical axis pointing upwards and the horizontal axis pointing to the right. The symbols include: upper central incisors (U), upper lateral incisor (UL), upper canine (UC), upper first molar (U1M), upper second molar (U2M), upper third molar (U3M), lower central incisor (L), lower lateral incisor (LL), lower canine (LC), lower first molar (L1M), lower second molar (L2M), and lower third molar (L3M). The symbols are placed near their respective teeth.

(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

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

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.

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

| | |
|----------------------------------|-----------------------|
| Reclamation | : 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'Habous Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº P19- 048108

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 09694

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

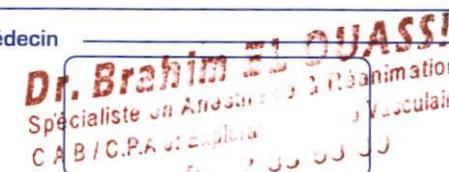
Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 625,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

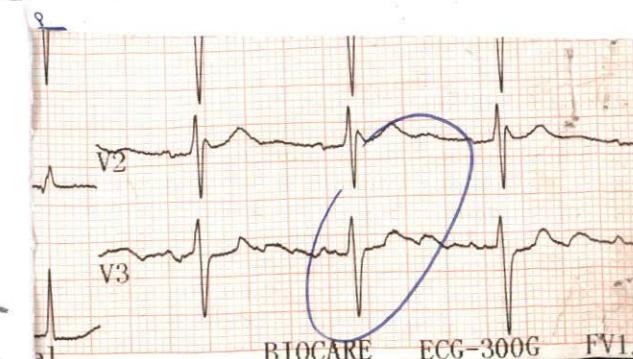
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : BERRECHID

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Le : 23/07/2021



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 25/7/2021 | CS | 1 | 3000- | DR. Brahim EL OUASSI Spécialiste en Anesthésie & Réanimation Cardiologie & Vasculaire |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Pharmacie ATTANAOUIA Docteur en Pharmacie Dr. Al Moukawanda Lot. Ennoussi Bérechid - Tél: 05 22 32 45 94 | 23/07/2021 | 325,30 DH |

INP: 062012240

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 | |
| | | | | | | |



| | | |
|--|---|---|
| ZENITH Pharma AMM N° 171/16 CMP/21/NNPR | ZENITH Pharma AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR | ZENITH Pharma AMM N° 171/16 CMP/21/NNPR |
| 6 118001 272228 PPV : 20,90 DH | 6 118001 272228 PPV : 20,90 DH | 6 118001 272228 PPV : 20,90 DH |
| radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que | | |
| PPV 0 9 2 2 2 3 D H 6 C | PPV 0 9 2 2 2 3 D H 6 C | PPV 0 9 2 2 2 3 D H 6 C |
| Nature des Soins | Coefficient | ZINASKIN® |
| PPV : 20,90 DH | PPV : 20,90 DH | PPV : 20,90 DH |
| 6 118001 272228 TARDYFERRON 30 comprimés de 30 mg / Acide folique | 6 118001 272228 TARDYFERRON 30 comprimés de 30 mg / Acide folique | 6 118001 272228 TARDYFERRON 30 comprimés de 30 mg / Acide folique |
| AMM N° 171/16 CMP/21/NNPR | AMM N° 171/16 CMP/21/NNPR | AMM N° 171/16 CMP/21/NNPR |
| MONTANTS DES SOINS | | |
| DEBUT D'EXECUTION | | |
| FIN D'EXECUTION | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | | |
| MONTANTS DES SOINS | | |

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|------------------------|------------------------|
| H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 |
| D 00000000 35533411 | B 00000000 11433553 |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

2021-7-23 13:00 Auto ID:02707 Sexe: ♂ âge: 77 Analyse le rés Nom:

Freq. Ventricul. 77 ppm 8110 Rythme sinusal
 Intervalle PR 172 ms 1010 == ECG normal ==
 Duration QRS 77 ms
 Intervalle QT/QTc 376/426 ms
 Axe P/QRS/T 46/ 40/ 50 °
 Tension RV5/SV1 1.67/ 1.13 mV
 Tension RV5+SV1 2.80 mV

Rapport non confirmé revu par :

Hôpital:dr elouassi

| | |
|-----------------------------|---|
| ET HONORAIRES | |
| tant détaillé Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| ordonnances | <p>Dr. Brahim EL OUASSI Spécialiste en Anesthésie & Réanimation ABICPA : Explorateur Montant de la Facture</p> |
| | 325,30 DH |

| S MEDICAUX | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------|----|----|----|------------------------------------|
| Nombre | | | | |
| M | PC | IM | IV | |
| | | | | |



2021-7-23 13:00 Auto ID: 02707 Sexe: âge: Nom:
 Fréq. Ventricul. 77 ppm 8110 Rythme sinusal
 Intervalle PR 172 ms 1010 == ECG normal ==
 Duration QRS 77 ms
 Intervalle QT/QTC 376/ 426 ms
 Axe P/QRS/T 46/ 40/ 50 °
 Tension RV5/SV1 1.67/ 1.13 mV
 Tension RV5+SV1 2.80 mV

Rapport non confirmé revu par :

Hôpital:dr elouassi

Dr. Brahim ELOUASSI

الدكتور ابراهيم الواسي

Laureat de la Faculte de Médecine de Casablanca
Diplôme de Spécialité en Anesthésie & Réanimation
de la Faculté de Médecine de Rabat

Ancien Médecin Attaché aux Hopitaux Universitaires
d'avicenne de Rabat

Ancien Médecin des Forces Armées Royales
Cabinet de Consultation et d'Exploration
Cardio Vasculaire



خريج كلية الطب بالدار البيضاء
حاصل على دبلوم التخصص في الانعاش

الطبي - الجراحي و علم التخدير بالرباط

طبيب سابق بمستشفيات الجامعية

ابن سينا بالرباط

طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية

عيادة تشخيص واستكشاف أمراض

القلب والشرايين



ORDONNANCE ANAQUIA

Pharmacie

Imane TMARZ

Berrechid le :

Doeur en Pharmacie

123, Bd. Al Mouakama Lot. Ennour

Berrechid - Tel: 05 22 32 45 94

+++

- 1 - Corlio flex 23,60 1 kg + + +
- 2 - Bipretax 5/12, P D=325,30 125,60 1 kg
- 3 - Vitamin D Bon 2x900 1 kg twist 115 115 2 units
- 4 - Zinostar 4P 40,80 1 kg 115
- 5 - Torolyfun 18g 51,60 1 kg x 2 units

Dr. Brahim ELOUASSI
Spécialiste en Anesthésie & Réanimation
CAB/CPR/ICU/CCU/Endo/...
05 22 33 63 30
05 22 33 63 30



06 06 93 68 01

- 05 22 33 63 30

تجزئة اليسر 2 رقم 73 برشيد