

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 des données à caractère personnel.

N° W21-675391

108377

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 293	Société : RAN RETRAITE		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AZIZ ALLAL			
Date de naissance : 1932			
Adresse : N° 56 Rue RSR ELLE HAY ARRATHA CASABLANCA			
Tél. :	Total des frais engagés : 1395,00 Dhs		

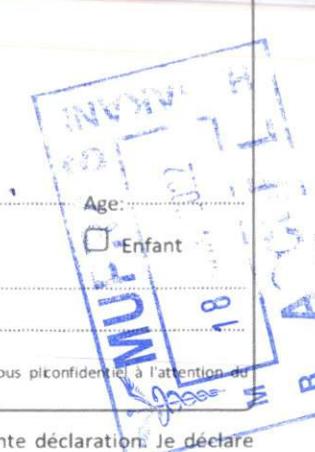
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 12/03/2022			
Nom et prénom du malade : AZIZ ABDELLAH			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	Age:
HIA			
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
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 : **Casa**

Le : **12/03/2022**

Signature de l'adhérent(e) : 



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12/03/2013	6-1 ECO 0	1	300,00	NP : 0910040093 Signature : N° 1107 Date : 15/08/05

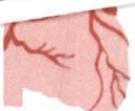
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 INPE : 0920653 PHARMACIE Zéro à l'angle de la rue 21er Jour, 11h00 09/05/22 zamani.s@gmail.com	12/3/22	10295100

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
		<table 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 colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	00000000	00000000	<hr/>			G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	25533412	21433552																			
		D	00000000	00000000																			
		<hr/>																					
B		00000000	00000000																				
<hr/>																							
G		35533411	11433553																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			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																							

Cabinet de Consultation:
d'Explorations Cardio-vasculaire

PPV: 114DH30
PER: 12/24
LOT: K3476



Docteur CHAMI Mohammed
CARDIOLOGUE

Spécialiste diplômé de la Faculté de
Médecine de Bruxelles

عيادة تشخيص واستشاف
أمراض القلب والشرايين
دكتور محمد الشامي

أخصائي في أمراض القلب والشرايين

محلز كلية الطب ببروكسيل

Casablanca, le.

10/3/02

1^{er} Aziq

Mabka

14,300 Dhs

1) Diprivan

(AS) 12,8

87,100 Dhs

2) Nebulet

(AS) 4/5

43,000 Dhs

3) Anglor

(AS)

4/5 · son

4) Fex

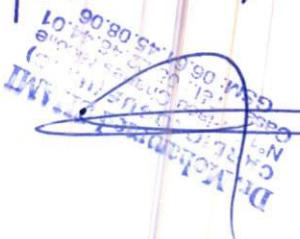
14/5

20.

1095,00

lett 3

PPV: 114DH30
PER: 10/24
LOT: K2915



PHARMACIE
ZENITH MILLENIUM
Dr. Amna TAHRI
N 102, Ltr Florida Casablanca
Tel: 05 22 32 15 16
Email: tahnaminah78@gmail.com

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg ■
28 comprimés ○
PPV 87DH50

V136132/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg ■
28 comprimés ○
PPV 87DH50

V136132/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg ■
28 comprimés ○
PPV 87DH50

V136132/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg ■
28 comprimés ○
PPV 87DH50

V136132/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg ■
28 comprimés ○
PPV 87DH50

V136132/01

DR CHAMI

ECG

NOM: aziz mbarka ID: Sexe: Age: Date: 12-3-2022

10mm/mV 25mm/s



Fréquence : 1000 Hz Intervalle PR : 142 ms

Durée Echantillon : 8 s Intervalle QT : 429 ms

FC : 62 bpm Intervalle QTc : 436 ms

Durée P : 115 ms Axe P : -65.7°

Durée QRS : 112 ms Axe QRS : 41.8°

Durée T : 287 ms Axe T : 43.0°

Total Batts 9, Batts Normaux 9

Suggestion :

Dr. M. Chami
N° TEL: 06 61 45 08 09
GSM: 06 61 45 08 09

Signature Médecin:

Filtre Principal:On Filtre ADS:On