

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 du 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

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- 0017790

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3068 Société : RAM 118359

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL ATROUS REDDAD Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ABBADI M. AZZEDDINE
Cardiologue

Date de consultation : 73/02/22

Nom et prénom du malade : BABA M'hamed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA - Diabète

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) :

8

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
23/05/2022	Service CONDUIT	100	250,00	ABBAIDI M AZZEDINE Cardiologue

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
092024017	23/05/22	169,00

وصفة

ORDONNANCE

le 23/9/2022

M⁶

Boeban Klaudij

27.70 M

Cardio gyn' 100 mg



89.20

g

Amlo 5 mg



M6.90.

Ot de 03 mn

PHARMACIE EL HANK
Dr. Laamri L. El Hank Agafj
Imm 3000 Casablanca
Tél: 0522 94 84 22
ICE: 00197 199 7 0000 60

Dr. ABBADI M. AZZEDDINE
Cardiologue

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

AMlor 5 mg
28 COMPRIMÉS



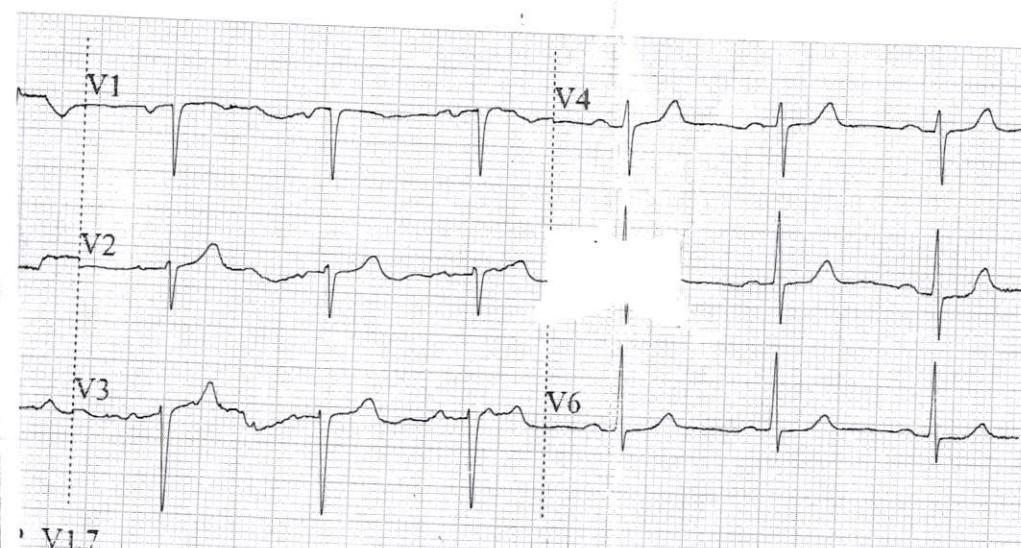
6 118001 250531





N° IPP :	465793	N° SEJOUR :	220016211	FACTURE N° 2202005052				DATE D'ENTREE : 23/05/2022, DATE DE SORTIE : 23/05/2022			
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE : BABA,Khaddouj				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				BABA,Khaddouj			
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S :							
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :									
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
ACTES COTES EN C										0.00	250.00
CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG				CsC	1.00	250.00	250.00				

Intervenant : 1082006 DR ABBADI MOHAMMED AZZEDINE				TOTAUX :		250.00						250.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :						ACOMPTE:			
DEUX CENT CINQUANTE DHS				REMISE :		0.00	REGLE :	250.00		AVOIR:			
				RESTE DU:		0.00							
DATE FACTURE : 23/05/2022				EDITEE LE : 23/05/2022		PAR: SIBAI		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA				POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI SERVICE CONSULTATION		N° DE POLICE :		DATE AT :					
						Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI					
						BANQUE :		B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA					
						N° compte bancaire :		011 780 00 00 43 210 00 60050 54					



ID: 918

Homme
Année
cm

mmHg
kg

Information Analyse:
Rythme de sinus
Progression pauvre de R(V4)

FC : 73 bpm
P : 107 ms
PR : 166 ms
QRS : 64 ms
QT/QTc : 359/397 ms
P/QRS/T : 48/-2/23 °
RV5/SV1 : 0.992/0.901 mV

BABA KHADOUJ
TA 143/21

Rapport confirmé par: