

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

- 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-702255

118523

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricole : 02738

Société : RAY

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ELOU HAOUI AEL

Date de naissance :

15/01/57

Adresse :

7 Allee des reflexes Andalousie Le Lekia

Tél. : 061098682

Total des frais engagés : 677,90 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

30/03/2019

Age :

Nom et prénom du malade :

MACHAACHI CHITA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

H.T.A + 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'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Carap

Le : 30/10/19

Signature de l'adhérent(e) :



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.

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
30/13/2022	S.L ÉCO		300,00	INP : 1090000052

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMERIA PHARMACEUTIQUE 10, Bis Allée des Citronniers Ain Seba - Casablanca Tél : 05 22 34 46 70	30/03/2022	377.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

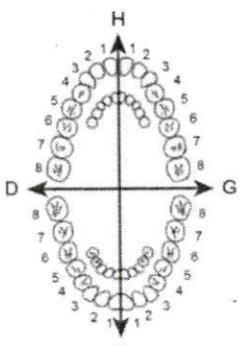
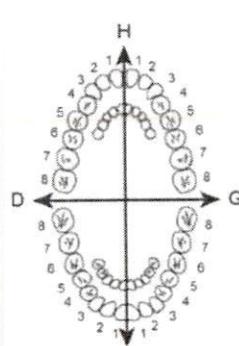
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

BELEVE 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
O.D.F PROTHESES 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="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552																			
		00000000	00000000																			
	D	00000000	00000000																			
		35533411	11433553																			
	B																					
	G																					
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXÉCUTION



مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس
CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis
 Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle
 Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique
 Coro-Scanner / 128 barrettes

ل ٣١٥٦٢

N° Nactmed: 6Lte

Coaynel 5/10 ١٢٥
 ٩٨,٠٠ x ٣

Cardiaspirine ١٢٥ ١٢٥
 ٩٨,٧٠ + ٣

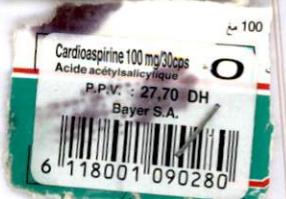
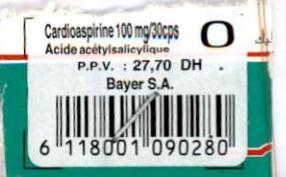
PHARMACIE DES CITRONNIERS
 Dr. EL HASSI RABAB
 2a, Bis Allée des Citronniers
 Ain Sadaa - Casablanca
 Tél.: 05 22 34 46 70

PHARMACIE DES CITRONNIERS
 Dr. FLOUAT HASSI RABAB
 29, Bis Allée des Citronniers
 Ain Sadaa - Casablanca
 Tel: 05 22 34 46 79

T.La ٤٣٥

$$T = 377.4^\circ$$

Dr. ALLAOUI Mohamed
 20, Rue de France Ville Oasis - CASABLANCA
 Tel: 05 22 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax : 05 22 98 83 25 - GSM : 06 72 29 45 14 - 06 72 29 47 13 - 06 72 29 48 72
 E-mail : clinique_cardiologique@hotmail.com - Patente : 34788311 - C.N.S.S : 7379622 - I.F. : 01006967 - I.C.E : 001750502000084
 N° Cpte : 190 780 21211 430 4969 0009 74 Banque Centrale Populaire - Casablanca





مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis

Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle
Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique
Coro-Scanner / 128 barrettes

Casablanca, le 30 Mars 2022

Mme MACHMACHI Ghita

FACTURE N° 001202/2022

Date	Désignation	QT	Montant
30/03/2022	Consultation Cardiologique+ECG	1	300,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
			300,00

Arrêtée la présent facture à la somme de :
Trois Cents Dirhams (300,00 dhs)

Dr. M. ALAOUI
Tél: 05 22 98 75 75 / 05 22 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax : 05 22 98 83 25 - GSM : 06 72 29 45 14 - 06 72 29 47 13 - 06 72 29 48 72
20, Rue France Ville - Oasis - CASABLANCA 20000
E-mail : clinique_cardiologique@hotmail.com - Patente : 34788311 - C.N.S.S : 7379622 - I.F. : 01006967 - I.C.E : 001750502000084

20, زنقة فرنسا فيل - وازيس - الدار البيضاء 20000

Tél. : 05 22 98 75 75 / 05 22 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax : 05 22 98 83 25 - GSM : 06 72 29 45 14 - 06 72 29 47 13 - 06 72 29 48 72

E-mail : clinique_cardiologique@hotmail.com - Patente : 34788311 - C.N.S.S : 7379622 - I.F. : 01006967 - I.C.E : 001750502000084

N° Cpte : 190 780 21211 430 4969 0009 74 Banque Centrale Populaire - Casablanca

Id : _____

Indéfini --- (--) Indéfini

Taille :-- cm Poids :-- kg TA :0/0 mmHg

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

30/03/2022 14:56:27

FC: 79 bpm

PR: 132 ms

QRS: 78 ms

QT/QTcH: 368/401 ms

QTcB: 422 ms

QTcF: 403 ms

R_{v5-6}/S_{v1} : 0.65/0.54 mV

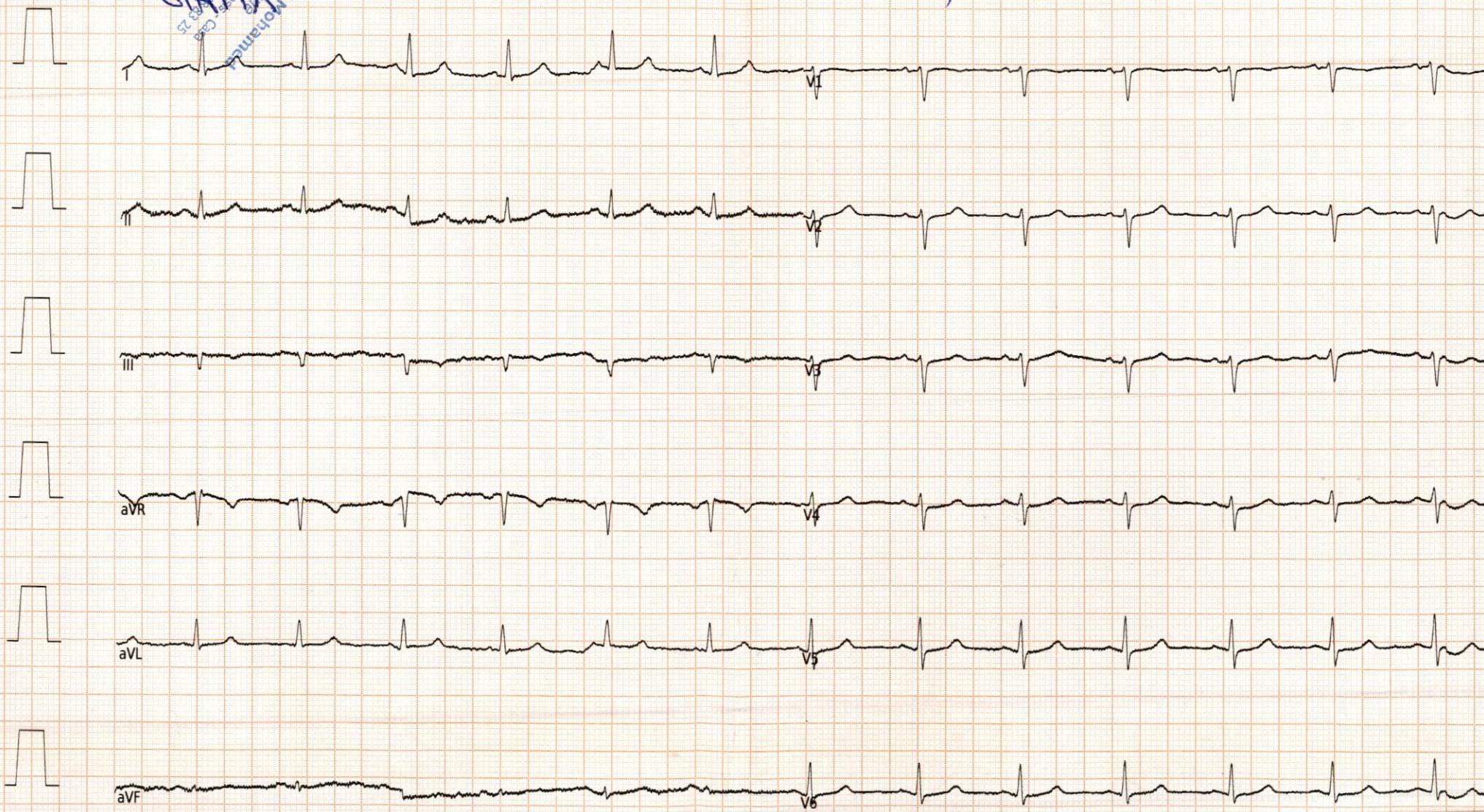
Sok-Lyon : 1.19 mV

Axe: 48/7/18 °

RAPPORT NON CONFIRMÉ

HACH HACH
GHH
MACH MACH
DRA
Avec un Moniteur
25

TP. J72/94



Dép. :

CARDIOLINE

25mm/s 10mm/mV LP:40Hz AC:50Hz Cardioline ECG200+ v.2.16.11852

70.337

66010052