

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 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

- Reclamation : 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.

Nº M21- 7052314

125669

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5228 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL GNAOUI A.B.DELHALAK

Date de naissance : 17/12/58

Adresse : 72 Rue EL ou. B. A. App. 11 Hay RABA

CASA BLANCA

Tél. : 0669 712702 Total des frais engagés : 897,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : 18/12/22

Nom et prénom du malade : EL GNAOUI A.B.DELHALAK Age : 65 ans

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 BLANCA Le : 12/12/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

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
4/8/22	ce ct	00	3000.00	 

EXECUTION DES ORDONNANCES

PHARMACIE OULMES CASA
S.A.R.L.
Cabinet du Pharmacien
du Fournisseur
Angle Bd Ghandi et Yacoub
El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 08 00

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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
		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 carotidaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{c c} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ \hline B & 00000000 \quad 35533411 \quad 11433553 \end{array} $			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO VASCULAIRES

30,60

Docteur TAGMOUTI Fouad

SPECIALISTE DES MALADIES
DU COEUR ET DES VAISSEAUX

Diplôme d'Etat de la Faculté de Médecine de Lyon

Membre de la société Française et Européenne de Cardiologie

Rendez-vous

30,60

PPV :
Exp :
N° Lot :

الدكتور التكموتي فؤاد

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بليون

عضو الجمعية الفرنسية والأوروبية لأمراض القلب

بالموعد

Casablanca, le 04 AOUT 2022

MR EL GNAOUI ABDELHAK

30,60

EU SALE.
UNE HEURE PAR JOUR

PPV :
Exp :
N° Lot :

148,90 X3
PHARMACIE C.
S.A.R.L.A.U
30,60 X5 Yac
Mansour - Casabl
.....

597,00

PHARMACIE OULMES CASA
S.A.R.L.A.U
Shandi et Yacoub
sour - Casablanca
t: 0522 36 08 06

PPV :
Exp :
N° Lot :

30,60

30,60

(TRAITEMENT DE 3 MOIS NOUS
REVOIR SOUS TRAITEMENT)

Docteur Fouad Tagmouti
21, Avenue Lahcen Ouidder Résidence Germaine 3 - Casablanca
Email : tagfouad@hotmail.com
Tel : 0522 22 20 91 / 0522 26 75 14 - Fax : 0522 27 75 90

LOT: 086
PER: JAN 2025
PPV: 148 DH 00

LOT: 084
PER: NOV 2024
PPV: 148 DH 00

LOT: 084
PER: NOV 2024
PPV: 148 DH 00

21, Avenue Lahcen Ouidder Résidence Germaine 3 - Casablanca

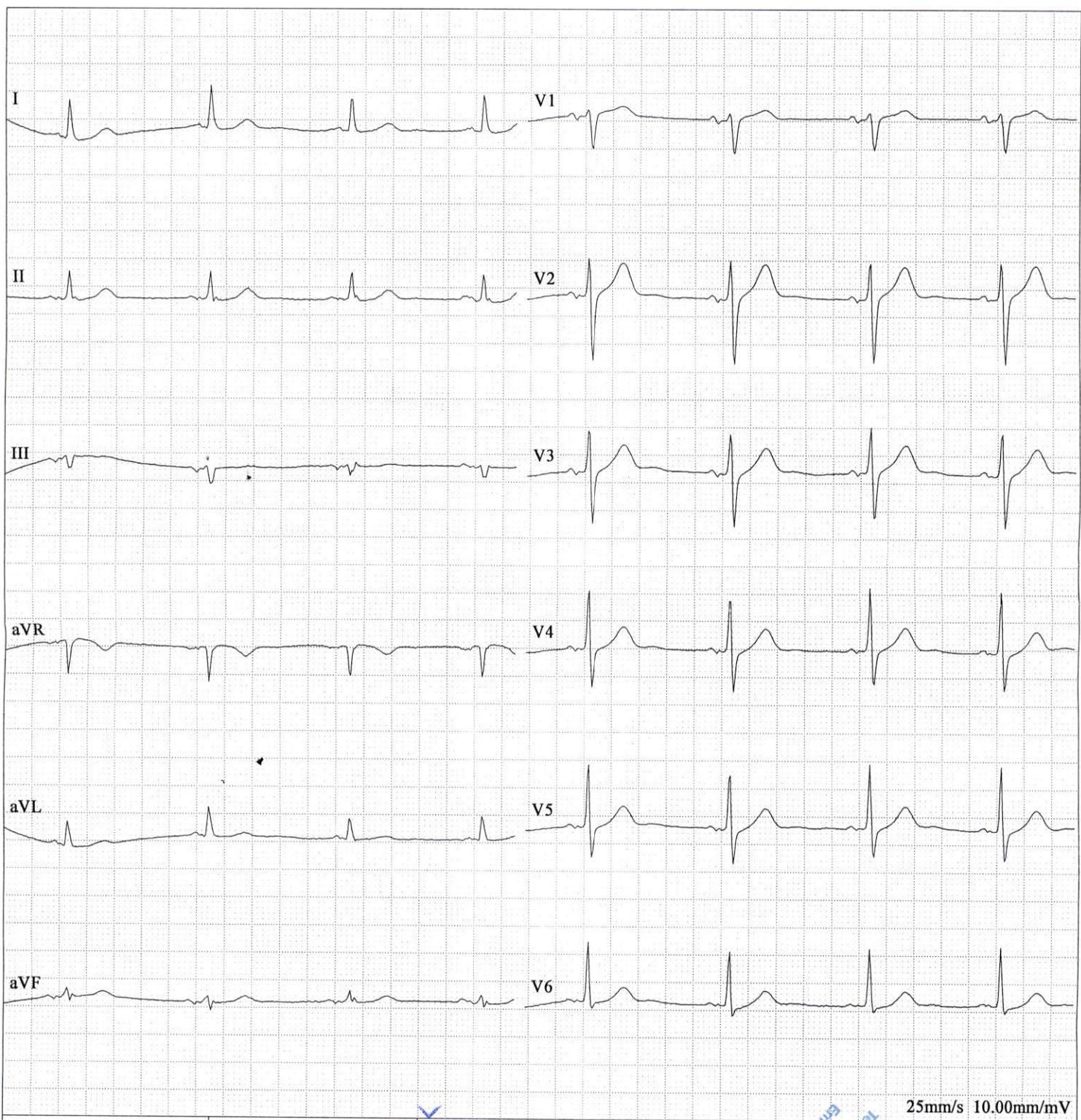
t: 0522.22.20.91 / 0522.26.75.14 - Fax: 0522.27.75.90 - Email : tagfouad@hotmail.com

M
R

Dr Fouad TAGMOUTI

ECG

Nom : EL GNAOUI Sex : Age : Clinique N : Section :
 SN : 0008151 Case No. : ABDELHAK Lit No. : Date : 04/08/2022



Frequency:	1000Hz	PR Interval:	--	Prompt:
Sample Time:	4s	QT Interval:	--	
HR:	59bpm	QTc Interval:	--	
P Interval:	--	P Axis:	--	
QRS Interval:	--	QRS Axis:	--	
T Interval:	--	T Axis:	--	

25mm/s 10.00mm/mV

Dr. Fouad Tagmouti
 E-mail: f.tagmouti@med.enss-djeddaouia.dz
 Tel: 0522 203512 203520 203526
 Fax: 0522 203512 203520 203526
 Site: www.enss-djeddaouia.dz

Signature Medecin :