

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

- 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
M22- 0007730

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2623 Société : RAM 126144
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL AJJANI DRISS
Date de naissance : 05/01/1957
Adresse : 42 AVENUE IBRAHIM HATIB Apt. 2 V/N FES
Tél. : 0665 106703 Total des frais engagés : 968, — Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur AKESBI Thami
Cardiologue Fès
INP : 141004119
CE : 001687107000087

Date de consultation : 06 JUIL. 2022
Nom et prénom du malade : EL AJJANI DRISS Age : 65 ANS
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA
Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : FES Le : 06/07/2022
Signature de l'adhérent(e) : Affaoui

RELEVÉ 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
06 JUL. 2022	CSC		3096	<p>Docteur AKESBI/Thamir</p> <p>Cardiologue Fes</p> <p>INP : 141004119</p> <p>CE : 001687107000087</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>SOCIÉTÉ PHARMACIENNE</p> <p>Hay Salim</p> <p>Don Al air Rte Air Ch</p> <p>Tel: 05 35 60 82</p>	06/07/22	668

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

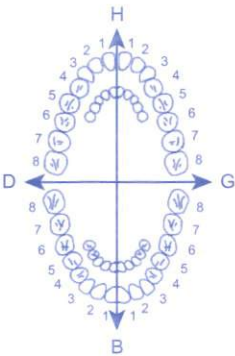
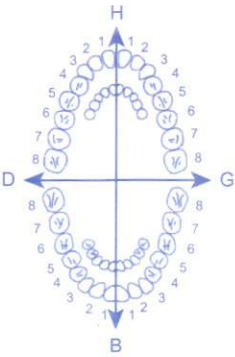
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'O

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

Docteur Thami AKESBI

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé des Universités de Paris

Diplômé d'échocardiographie et de Cardiologie
Congénitale et Pédiatrique

Ancien Assistant des hôpitaux de la région parisienne

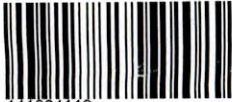
الدكتور التهامي أقصبي

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

خريج جامعات باريس

مجاز في الإيكوغرافيا و في أمراض القلب
الخلقية و للطفل

طبيب مساعد سابقا بمستشفيات ضواحي باريس



141004119

Mb: 2623

06/07/2021

MR EL AJJANI DRISS

MATIN MIDI SOI

LOT : 1102
PER : 01/24
PPV : 57,80 DH

LOT : 1102
PER : 01/24
PPV : 57,80 DH

1. TORVA 10 MG CP 0 0 1/2 APRES REPAS

2. PREZAR 100 MG CP 0 0 1 APRES REPAS

TRAITEMENT CONTINU

QSP 3 MOIS

A REVOIR DANS 3 MOIS AVEC AUTOMESURE

PPV: 138DH10
PER: 03/25
LOT: L1272

PPV: 138DH10
PER: 03/25
LOT: L1272

PPV: 138DH10
PER: 03/25
LOT: L1272

PPV: 138DH10
PER: 03/25
LOT: L1272

GSM : +212 6 61 19 50 96 : المحمول

E-mail : thamiakesbi

+ 212 8 08 50 77 03 لكي زنتة الشريف الراضي عمارة التاج فاس الهاتف

AV. des FAR - Rue Charif Radi Imm Taj FES - Tel + 212 8 08

Docteur Thami AKESBI

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé des Universités de Paris

Diplômé d'échocardiographie et de Cardiologie
Congénitale et Pédiatrique

Ancien Assistant des hôpitaux de la région parisienne

Identification fiscale : 16470334



141004119

Mle: 2623

الدكتور التهامي أقصبي

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

خريج جامعات باريس

مجاز في الإيكوغرافيا و في أمراض القلب
الخلقية و للطفل

طبيب مساعد سابقا بمستشفيات ضواحي باريس

Patente : 13606065

ICE : 001687107000087

06/07/2022

NOTE D'HONORAIRES

MR EL AJJANI ORISS

Docteur AKESBI Thami
Cardiologue Fès
INP : 141004119
CE : 001687107000087

CS + ECG

300.00 DH

TOTAL TTC : 300.00 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE À TROIS CENT DH.

Docteur AKESBI Thami
Cardiologue Fès
INP : 141004119
CE : 001687107000087

GSM : +212 6 61 19 50 96 : المحمول

E-mail : thamiakesbi@gmail.com

+ 212 8 08 50 77 03 شارع الجيش الملكي زنقة الشريف الراضي عمارة التاج فاس الهاتف

AV. des FAR - Rue Charif Radi Imm Taj FES - Tel + 212 8 08 50 77 03

CABINET DR THAMI AKESBI

Mle: 2623

ECG

Name : EL AJJANI DRISs :

Male

Age :

Clinic No. : 76

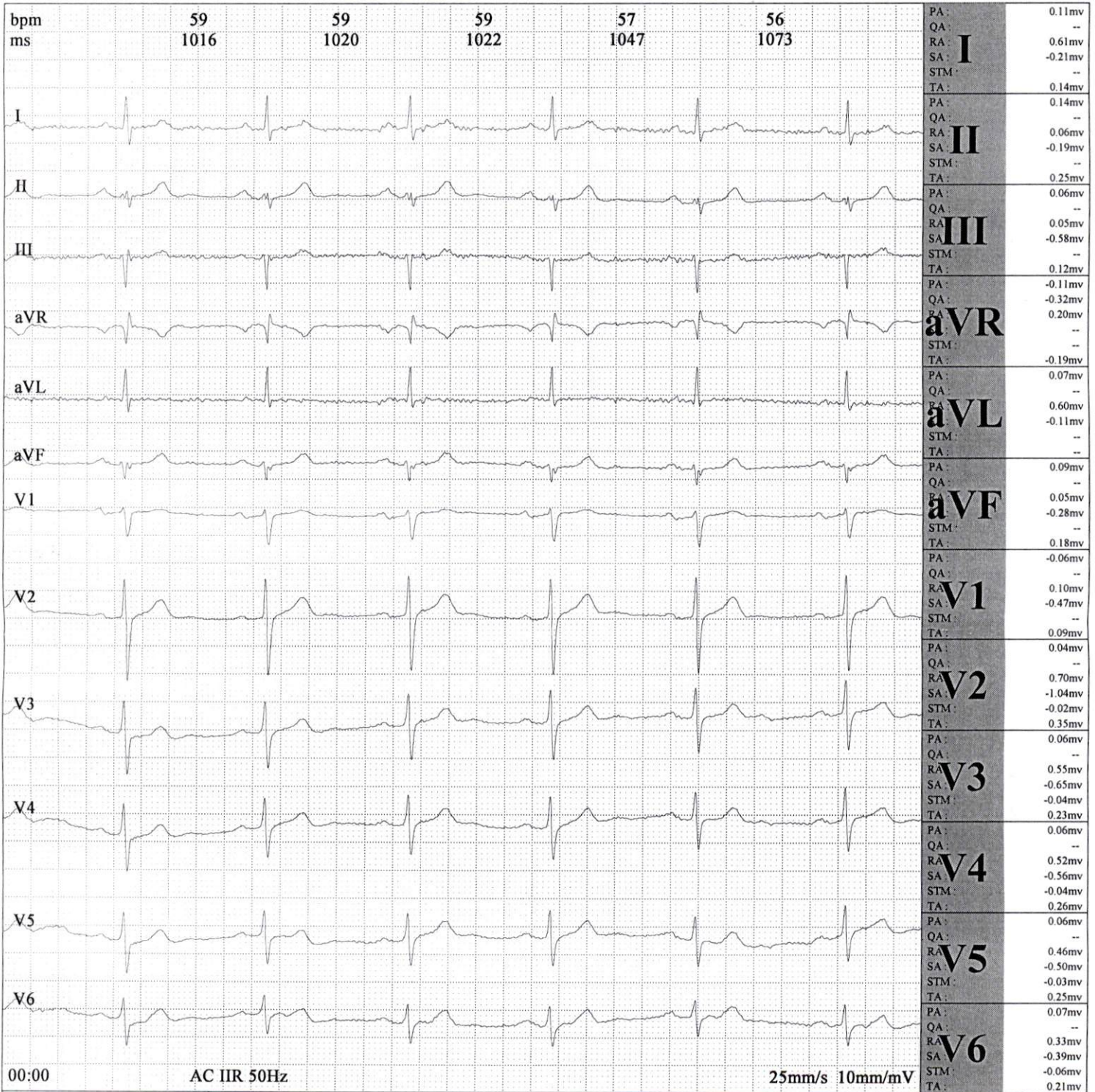
Section :

SN : 0026922

Case No. :

Bed No. : TO 96

Date : 06/07/2022 10:33:7



Frequency:	1000Hz	PR Interval:	199 ms
Sample Time:	9s	QT Interval:	397 ms
HR:	57bpm	QTc Interval:	388 ms
P Interval:	117ms	P Axis:	57.70°b
QRS Interval:	91 ms	QRS Axis:	-45.80°b
T Interval:	198 ms	T Axis:	60.00°b

Prompt:

Total Beats 8 ,Normal Beats 8,SVE 0 ,VE 0 .
Sinus mode Bradycardia;Severity Left axis deviation;aVLAbnormal T wave;

Docteur AKESBI Thami
Cardiologue Fès
INP : 141004119
CE : 001687107000087

Physician Signature: