

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.

N° W21-601004

130900

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 10513	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LOUAFI SAID			
Date de naissance : LOT BLAD CHAMIA 1944			
Adresse : SAIDI 16/4/71			
Tél. : 061986586	Total des frais engagés : 1000 DHS		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : Louafi Said	
Lien de parenté :	Age:
<input type="checkbox"/> Lui-même	
<input type="checkbox"/> Conjoint	
Nature de la maladie : cardio	
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 : **06/09/2022**

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
23-09-2022	Chirurgie	300 DH	INP : 091258434	
23-09-2022	ETT	700 DH		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

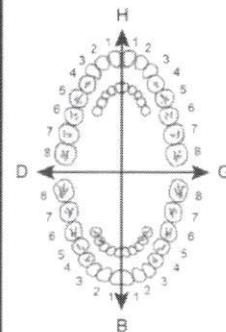
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

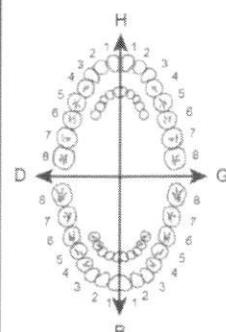
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DEBUT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



- Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca
- ANCIEN MÉDECIN – CHU TIMONE MARSEILLE
- ANCIEN MÉDECIN – CH MARTIGUES
- ANCIEN MÉDECIN – ICPC TURIN
- ANCIEN MÉDECIN – CHU IBN ROCHD CASABLANCA

-خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

-طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي بمرسيليا

-طبيبة سابقة بمستشفى مارتيك بفرنسا

-طبيبة سابقة بالمستشفى توران بباريس

-طبيبة سابقة بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

Ordonnance

Casablanca le :

23/09/2022

Louafi Said.

franchise

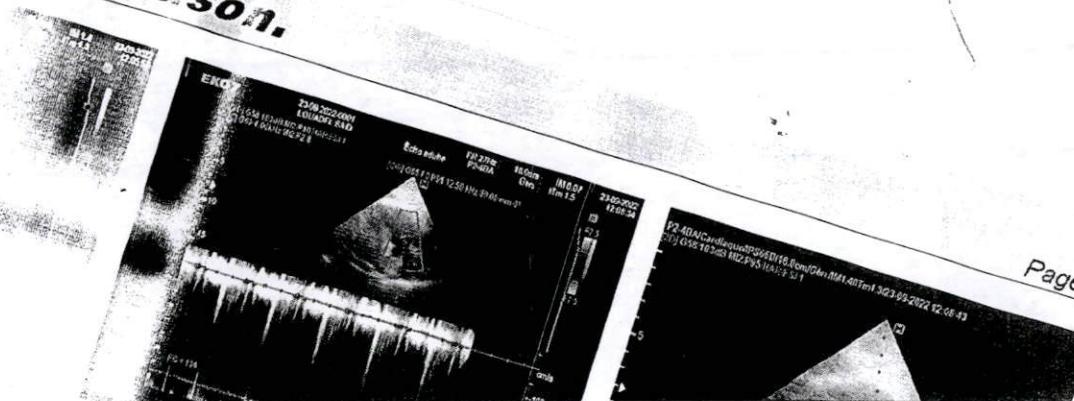
08:3000 DH

Et 8 700 DH

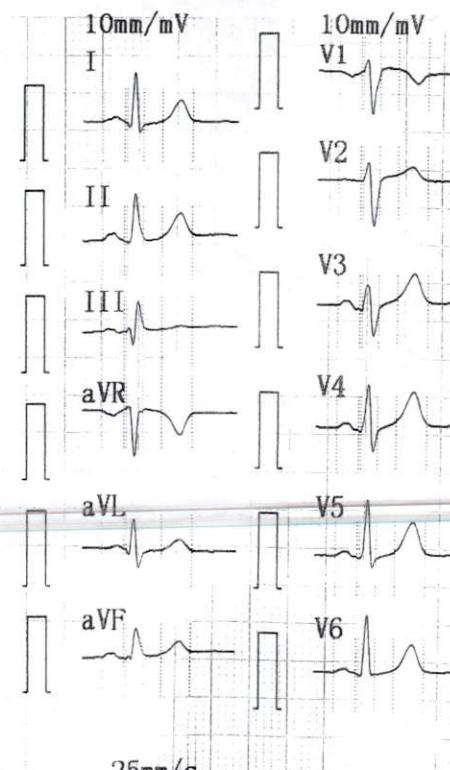
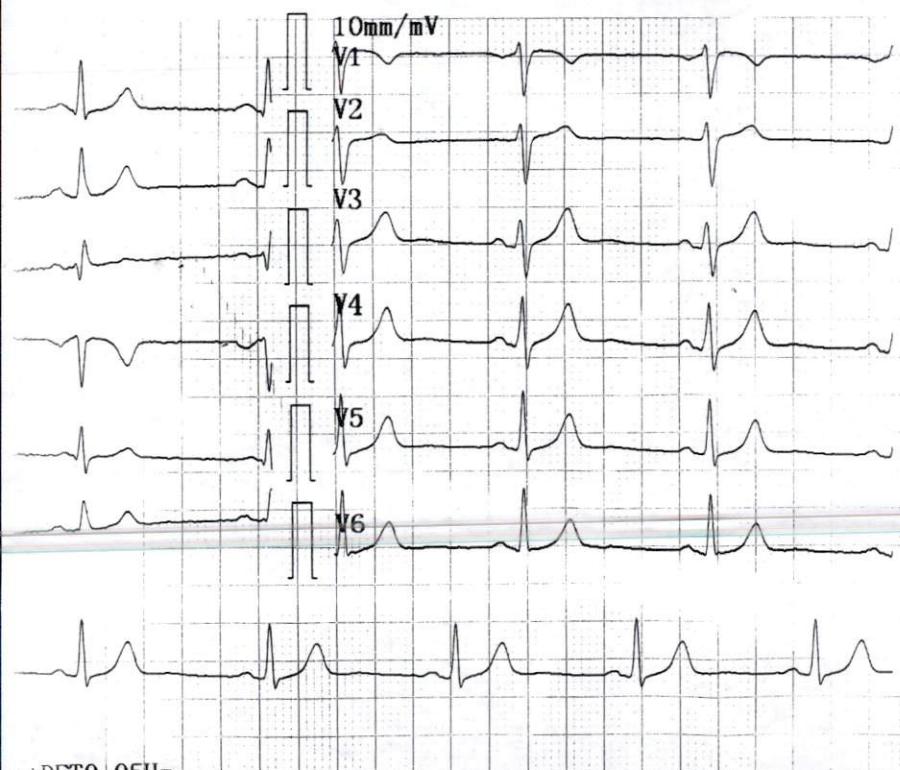
Dr. Amal MOUKHLISS
Bd Mohamed Bouziane Résidence Bilad Lkhir n°10 1er Étage Sidi Othmane - Casablanca
N°101/F. Etage Sidi Othmane - Résidence - Casablanca
03 38 22 22 03 38

- ELECTROCARDIOGRAMME - ECHOCARDIOGRAPHIE - ÉCHOGRAPHIE TRANSOESOPHAGIENNE
- ÉCHOGRAPHIE DOPPLER VASCULAIRE - ÉCHOGRAPHIE DE STRESS- ÉPREUVE D'EFFORT
- HOLTER RYTHMIQUE - HOLTER TENSIONNEL

ultrasoni



Page 1



Cabinet de cardiologie Dr A. MOUKHLISS
2022-09-23 12:26

ID

Nom :

Taille: _____ cm P Sexe: _____ Age: _____
 HR _____ bpm S: _____ kg SYS/DIA: _____ / _____ mmHg
 PR Interval _____ ms R _____ ms
 P Duration _____ ms S _____ ms
 QRS Duration _____ ms O _____ ms
 T Duration _____ ms I _____ ms
 QT/QTc (Bazett) _____ ms :3 :360
 QTc (Hodge) _____ ms :35
 QTc (Framingham) _____ ms :360
 QTc (Fridericia) _____ ms :359
 P/QRS/T Axis _____ deg :40.1 S. 1/46.7
 R(V5)/S(V1) _____ mV :0.74 A 57
 R(V5)+S(V1) _____ mV :1.31

Le rapport doit être confirmé par un médecin
Ryth. sinusoidal norm.
Axe électrique cour normal.

M. Wenzl Nov

6 23/09/88

wgft reder RTR

• 16 no titel, w hyperglyc. 6 22
urinisch gluk, & lca

• Bb VD

• fMRI, PWL ser

• Ro do Velupill - L - b

• 16 no titel aplast

• fMRI spelle percut

Aktiv = RTR norm

