

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-764889

133049

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2055 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL BAZI Saïd

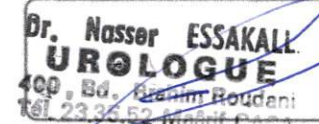
Date de naissance : 17/3/52

Adresse : CASABLANCA

Tél. : 0661167593 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 6.10.2022

Nom et prénom du malade : EL BAZI Saïd

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : X Lithiase urinaire

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Signature de l'adhérent(e) : Le : 6/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019


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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge

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
07/01/2022	ca	ca	ca	09/10/2022
06/10/2022	ca	ca	ca	09/10/2022

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07.10.2022	345,50

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
			INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															
			Coefficient des Travaux <table border="1"><tr><td></td></tr></table>															
			Montants des Soins <table border="1"><tr><td></td></tr></table>															
			Début d'exécution <table border="1"><tr><td></td></tr></table>															
			Fin d'exécution <table border="1"><tr><td></td></tr></table>															
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			Montants des Soins <table border="1"><tr><td></td></tr></table>															
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
		Date du devis <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																
		Date de l'exécution <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



ORDONNANCE

Dr:

Dr. Nasser ESSAKALLI
UROLOGUE
400, Bd Brahim Roudani
Tél: 0522.23.35.52 Maârif CASA

Date : 7/10/2022

Nom et Prénom du patient :

A



06/10/2022

2J060961

EL BAZI SAID Né(e):17/03/1952

Dr. ESSAKALLI NACER

116.30x2

/ OROKEN 200



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaï Casablanca
Oroken 200 mg, cp, pel b 8
P.P.V : 116,30 DH
6 118000 061069

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaï Casablanca
Oroken 200 mg, cp, pel b 8
P.P.V : 116,30 DH
6 118000 061069



65.10

47.8

961 02 2022 02 2025
BIOCODEX MAROC
PPV 65.10 DH

47.8

4 JASER



Signature : ..

T = 345,00

PPV :
EXP :
Lot N°:



ORDONNANCE

Dr:

Dr. CHARIF CHEFCHAQUNI SOUHAIL
Anesthésiste Réanimateur
INPE: 091250670
Al Hayat Oasis Clinic
Tél: 05 22 999 444 - Fax: 05 22 25 46 13

Date : 06/10/2022

Nom et Prénom du patient :

Mr EL BAZI
Said

Age :

ECCG

Dr. CHARIF CHEFCHAQUNI SOUHAIL
Anesthésiste Réanimateur
INPE: 091250670
Al Hayat Oasis Clinic
Tél: 05 22 999 444 - Fax: 05 22 25 46 13



NOTE D'HONORAIRES

NOM ET PRÉNOM DU PATIENT

EL BAZI SMIA

MEDECIN

Dr.CHARIF CHEFCHAOUNI SOUHAIL
Anesthésiste Réanimateur
INPE: 091250670

Al Hayat Oasis Clinic

Tél: 05 22 999 444 - Fax: 05 22 25 46 13

PATENTE N°

MONTANT DES HONORAIRES

300,00

POUR

CPS

SUR FACTURE N°

2170/2022

VISA ET CACHET
DU MEDECIN

Dr.CHARIF CHEFCHAOUNI SOUHAIL
Anesthésiste Réanimateur
INPE: 091250670

Al Hayat Oasis Clinic

Tél: 05 22 999 444 - Fax: 05 22 25 46 13

ALHAYAT OASIS CLINIC

Clinique Multidisciplinaire
29 Rue Rostand, Quartier Oasis-Casablanca
TEL: 0522.999.444 / FAX : 0522.254.613 OU 254.504

F A C T U R E

N° 2 170 / 2022 du 07/10/2022

Nom patient : EL BAZI SAID

Entrée 06/10/2022

Prise en charge PAYANTS

Sortie 07/10/2022

	Nombre	Letre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS				
ECG	1.00		200.00	200.00
			Sous-Total	200.00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. C CHEFCHAOUNI SOU (anesth-reanimate)	1.00	CPA	300.00	300.00
			Sous-Total	300.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

Total

500.00

Immatriculation

N° prise en charge :

مصحة الحياة الواريس
AL HAYAT OASIS CLINIC
29 Rue Rostand, Quartier Oasis-Casablanca
Tél: 0522.999.444 / Fax: 0522.254.613

مصحة الحياة الواريس
AL HAYAT OASIS CLINIC
29 Rue Rostand, Quartier Oasis-Casablanca
Tél: 0522.999.444 / Fax: 0522.254.613

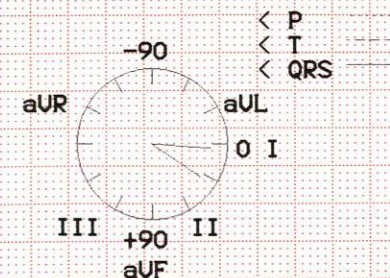
Notre compte bancaire.....

Pte N°34754061 - Compte N°013780010950019290017148 BMCI HASSAN 2
CNSS 4323739 I.F 15223795 Tél: 0522 999 444 Fax: 0522 254 613 ICE001598208000095

Résultats mesures:

QRS : 88 ms
 QT/QTcB : 378 / 405 ms
 PQ : 186 ms
 P : 118 ms
 RR/PP : 870 / 885 ms
 P/QRS/T : 35 / 5 / 35 degrés
 QTD/QTcBD : 48 / 51 ms
 Sokolow : mV
 NK : 9

Interprétation:



A



21060961

06/10/2022

EL BAZI SAID Né(e):17/03/1952
 Dr. ESSAKALLI NACER

6/10/22 à 9h30
 âge 70 ans

Une série de 12 dérives
 est réalisée

rapport non confirmé .