

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *6417*

Société : *R.A.M*

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : *NOUR NOUREDDINE*

Date de naissance : *10.06.1956*

Adresse : *R.D. NASSIR, BD DOKAWAMA 9H6 IN8 AP5 MOHAMMEDIA*

Tél. : *0661 33 59 23*

Total des frais engagés : *573,20 DA*

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr ALAMI Noureddine  
CARDIOLOGUE  
88 de la Grande Entrée Hay Mohammed  
Rue Dr Mouadidine - Bda Tounkal (APPT)  
Casablanca - TEL: 05 22 20 45 45 - IMP: 091005744*

Date de consultation : *04/07/2014*

Nom et prénom du malade : *NOUR NOUREDDINE*

Age : *66ans*

Lien de parenté : *Conjoint*

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *maladie cardiaque*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie a 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 : *CASABLANCA*

Le : *07/11/2014*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

#### **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
8/11/2016	Acte de consultation		300 DH	AMI NOUOUI Signature : ...

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>NASSIM</b> BEEL BASRY ALI PHARMACIE MEDICAL	28/12/21	273,84

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

# Dr. Noureddine ALAMI

Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier

Diplômé d'Échodoppler cardiaque de Montpellier

Ancien attaché des hôpitaux de France

Ancien cardiologue de l'hôpital militaire de Laâyoune



الدكتور نور الدين العلمي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بمونبولي

مجاز من جامعة مونبولي بالتشخيص الآلي لأمراض القلب والشرايين

طبيب ملحق بمصلحة القلب بمستشفيات فرنسا سابقا

رئيس قسم أمراض القلب بالمستشفى العسكري بالعيون سابقا

شارع الحزام الكبير - الحي المحمدي

إقامة الموحدين ابن تومرت III شقة 1

الدار البيضاء الهاتف: (05) 22.66.16.16

Bd.de la Grande Ceinture Hay Mohammadi

Résidence Al Mouahidine - Ibn Toumart III

Appt. 1 Casablanca - Tél. : (05) 22.66.16.16

CASABLANCA, LE 28/11/2022

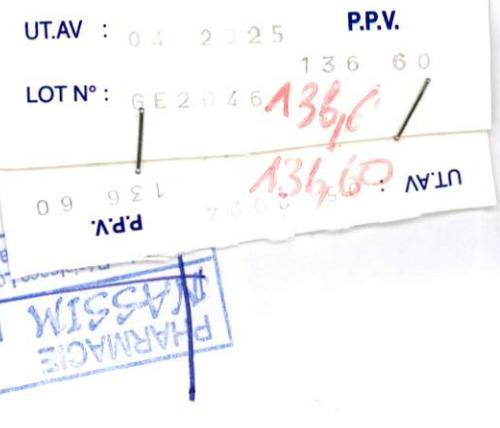
۷۶

NOUR Noureddine

Amfor 5



136.60x2 1 cpl le moin



T: 273 20

III de 03 mois

Dr. ALAMI Noureddine

CARDIOLOGUE

Bd de la Grande Ceinture Hay Mohammadi

Résidence Al Mouahidine - Ibn Toumart 3 APPT

Casablanca - TEL: 05 22 66 16 16 MTP: 091005744

DE REPOS

ID Kaa Al Mousa - male - Kuwait - 1987-01-01  
AGE/SEX 26 years old / Male - 5'6" 125 lbs  
TAILORED PDSN: 09100574 09100574

**ECG NORMAL**

\* YOUR ECG NORMAL

(3.20)

\*\*\*\*\* MOYENN

NOV. 28 2022 09:4

## FILTRE: AC, DERIV.

## ECG D'EFFORT:0

P.A.	=	/ mmHg
F.C.	=	67/min(0.886s)
PR	=	0.160s
QRS	=	0.096s
AXE	=	-1deg
QT/QTc	=	0.388s/0.410
RV5	=	2.43mV
SV1	=	0.82mV
TRAITEMENT	=	

Non Confirmé. Le médecin doit revoir.  
CONTROLE PAR

