

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	3520	Société :	B.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	142119
Nom & Prénom :		LAMSANDAR Amira Veube FARHAT	
Date de naissance :		1953	
Adresse :		10, Rue BNOU BAJA chailly CASA BLANCA	
Tél. :		0689224370	Total des frais engagés : 522,70 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	23 DEC 2012	Age :	
Nom et prénom du malade :	LAMSA DAR	Conjoint	<input type="checkbox"/>
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	Conjoint	<input type="checkbox"/>
Nature de la maladie :	Dental therapy		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : CASA BLANCA

Le : 31/10/2012

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
31/10/2011	Visite		1000	Dr. Ahmed BEN SABER

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 N. DADOUA Abou Ishaq - Mercredi 25/02/21 PHARMACIE DE LA CHAOUA NICA - Tel : 0322250221	25/02/2021	282.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

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			
	H 25533412 00000000 D ————— 00000000 35533411 11433553 B G			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca
 Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie
 Fellow of The European Society of Cardiology
 Fellow of The American College of Cardiology

PPV
LOT
PER 28,20

PPV
LOT
PER 98,20



Casablanca le :

CASA , Le 31/10/2022

Mme Amina LAMSADDAR

1) LEVOTHYROX Comprime à 50 pg Bte 28 Comprime

Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

(13.40 x 3)



40.20

2) INEXIUM 20MG BT/14 CP

Prendre 1 comprimé le matin, avant le repas, pendant 1 mois



86.40

3) VITANEVRIL FORTE DRAGEES B/30

Prendre 1 comprimé le matin, à midi et le soir, pendant 1 mois

(28.80 x 3)



4) BAS A VARICES N2

A porter la journée

~~Professeur Ahmed BENNIS~~
 Spécialiste des maladies cardiovaskulaires
 98, Rue KADI IASS - MAARIF
 CASABLANCA - 2536

69.90

5) VEIN UP

1 application en cas de douleur



26.20

6) ACFOL 5 MG

1 le matin et le soir, pendant 3 mois

PHARMACIE DE LA CROIX D'OR
 133, Rue Abdou Isak Al Mazzuni (Maârif)
 CASABLANCA • Tel.: 0522 25 05 71



ACFOL®

5mg

Acide folique / Comprimés

LOT: 14222009
PER: 07/2026
PPU: 25,20 DH

28

Comprimés
Voie orale

LAMSADDAR AMINA

Né(e) le 01.07.1953

Age 69 ans

Sexe Féminin

Taille cm

Poids kg

Origine PA

Remarque

FC 72/min

Axes

P 17 °

QRS 36 °

T 40 °

Intervalle

RR 834 ms

P 132 ms

PR 186 ms

QRS 84 ms

QT 400 ms

QTc 440 ms

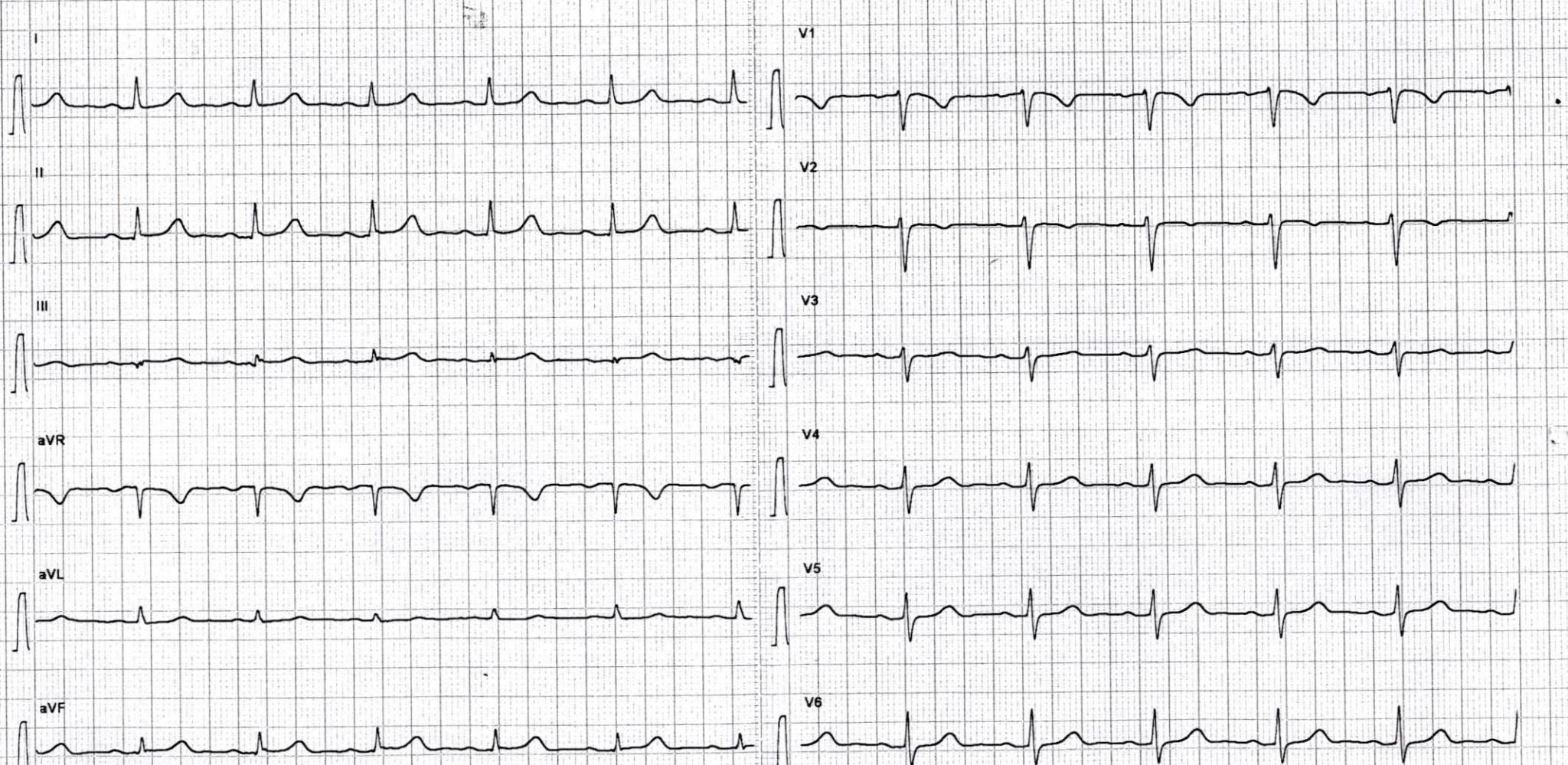
(Bazett)

Sokol.

1.63 mV

Interprétation: RYTHME SINUSAL, ECG NORMAL

R16 02 Rapport non confirmé



10 mm/mV 25 mm/s

10 mm/mV 25 mm/s

LAMSADDAR AMINA

Né(e) le 01.07.1953
Age 69 ans
Sexe Féminin
Taille cm
Poids kg
Origine PA
Remarque

FC 73/min

Intervalles

RR 817 ms
P 88 ms
PR 180 ms
QRS 86 ms
QT 398 ms
QTc 442 ms
(Bazett)

Axes

P 34 °
QRS 30 °
T 39 °

P (II) 0.06 mV
S (V1) -0.68 mV
R (V5) 0.54 mV
Sokol. 1.60 mV

Interprétation: RYTHME SINUSAL, ANOMALIE DE T NON SPECIFIQUE

RI6.02

Rapport non confirmé

