

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

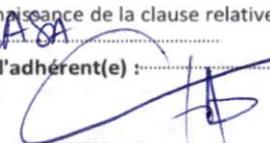
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

N° W21-777509

149518

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 08700 | Société : Royal Air Maroc | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : FARIS ABDELAÏ | | Date de naissance : 03/08/68 | |
| Adresse : Marabout | | Tél. : 06 33 48 33 33 | |
| | | Total des frais engagés : Dhs | |

| | |
|-------------------------------------|---|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019 | Cadre réservé au Médecin |
| | Cachet du médecin : Dr. EL ALEM EL ALMI Lot. Al Ansari Rue 15 N° 1 Dar Bouazza Casablanca ICE : 002177835000949 |
| | Date de consultation : 15/02/2019 |
| | Nom et prénom du malade : FARIS ABDELAÏ |
| | Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même |
| | Nature de la maladie : H |
| | 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 : CASABLANCA Signature de l'adhérent(e) :  |
| | Le : 15/02/2019 |



VOLET ADHERENT

| 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 |
| 1/2/12 | CHIRG | | 3000 Dhs 0 DT | DR. ALEMET ALI Ansari Rue Dar Bouazza Casablanca ICE: 00217 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACEUTIQUE Des Ducs des Dr. AL KHANINEB Mosquée Sidi Abdallah Lot Naouras Casablanca - 0522 29 28 59 | 01/02/23 | 256,60 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|--|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| PHARMACEUTISTE Dr. ALAMI ZINEB Montpellier | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [] |
|----------------------------------|--|------------------|-------------|------------------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [] |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION [] |
| | | | | FIN D'EXECUTION [] |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] |
| | $\begin{array}{c c} H & 25533412 & 21433552 \\ \hline D & 00000000 & 00000000 \\ & \hline G & 00000000 & 11433553 \\ & 35533411 \end{array}$ | | | MONTANTS DES SOINS [] |
| | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | DATE DU DEVIS [] |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION [] |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr EL Alem El Almi

CARDIOLOGUE

MALADIES DU COEUR ET DES VAISSEAUX

Ancien Assistant Étranger à la Clinique Cardiologique
de la Faculté de Médecine de Montpellier - France



الدكتور العالم العالمي

اخصائي في أمراض القلب و الشرايين

أستاذ مساعد سابق بمحضه القلب

بكلية الطب بمونبولي - فرنسا

PPV: 84DH80
PER: 11/24
LOT: K3274

PPV: 84DH80
PER: 04/25
LOT: L1576

Le : 2012-23 الدار البيضاء في :

Fatima Amdal.

Régime médical

1- PREZAP 50
x 2 fois par jour

1- Icp / 6 comprimés
x 2 fois par jour

2- Relaxin 300 mg
x 1 fois par jour

x 1 fois par jour

LOT: 220526
DLUO: 07/2025
87,00 DH

Deva Pharmaceutique
pharmacien Responsable

PHARMACIE
Des Darbous
Dr. ALAMI NINEE
Mosquée Nasrullah de Naouira
Casablanca 05229 29 28 88

Dr. EL ALEM EL ALMI
Lot. Al Ansari Rue 15 N° 1
Dar Bouazza Casablanca
ICE : 002177835000049

15, Lotissement Ansari, Dar Bouazza - Casablanca. الدار البيضاء - تجزئة سكنية أنصاري دار بواعة

بريد الالكتروني : Tel : 05 22 29 29 15 / 06 61 65 62 18 - هاتف : E-mail : docteurelalmi@gmail.com

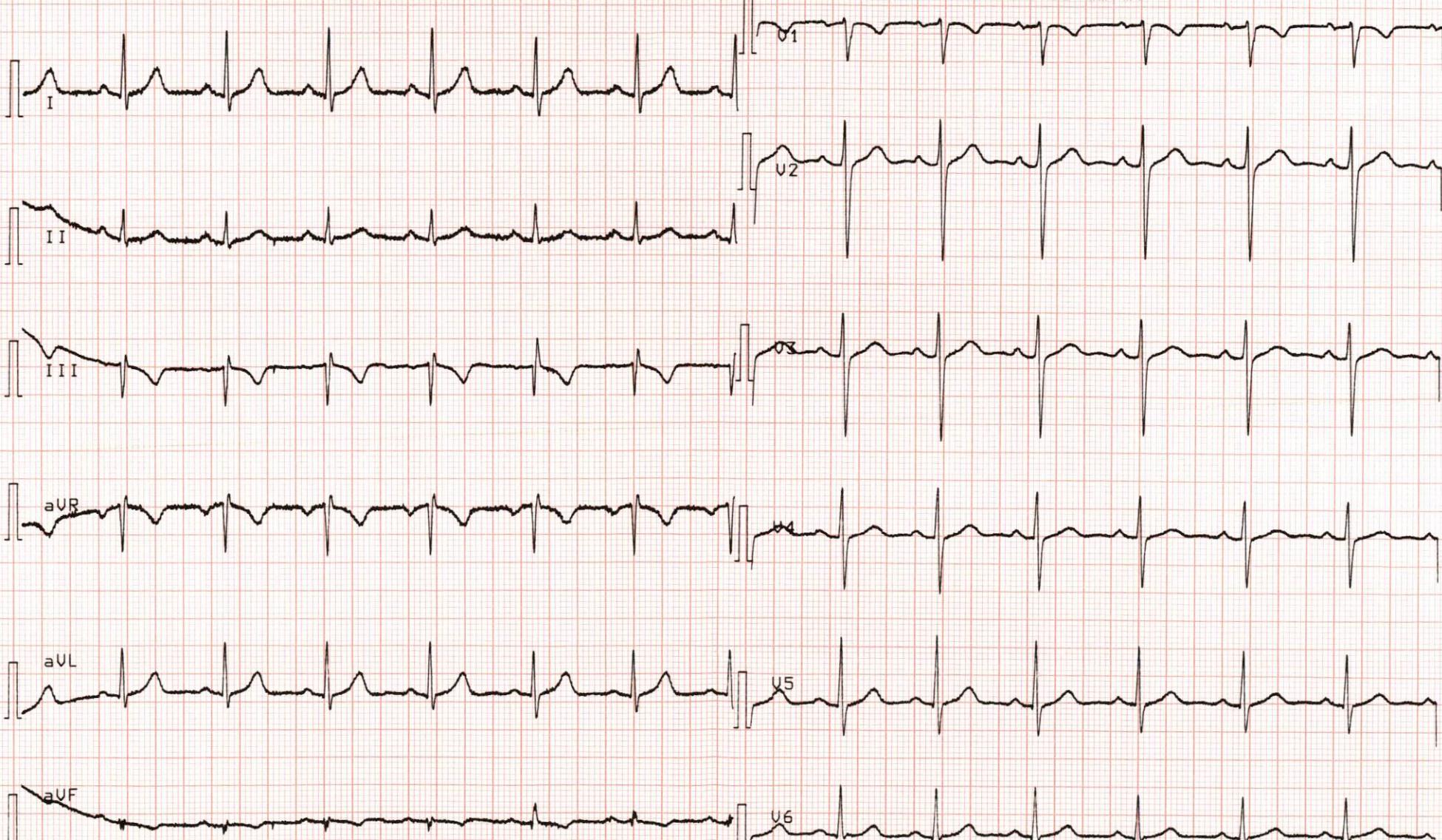
~~W.F.P.S.~~
~~1000~~
M / F

Age: 55

cm / kg

FC: 83/min Axes:
P 24 °
Intervalle: QRS -2 °
RR 719 ms T -3 °
P 120 ms
PQ 170 ms P (II) 0.12 mV
QRS 84 ms S (V1) -0.67 mV
QT 362 ms R (V5) 1.07 mV
QTc 431 ms Sokol. 2.73 mV

10 mm/mV



F50 SBS Me 01-FEV-23 13.02.11

CE0123

LOT D 677

SCHILLER SWITZERLAND Art. No. 2.157 050

25 mm/s

AT-102 1.37 Mm