

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° W21-720406

AS9444 com

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>2408</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>BOUTABDELLAH et HAFIFA</u>
Nom & Prénom : <u>3/9/49</u>			
Date de naissance : <u>3/9/49</u>			
Adresse : <u>24, rue cheikh ouyad</u>			
Tél. : <u>0666180549</u>	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2013

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	<u>Dr EL ALAMI EL SABEIH IHSSAN CARDIOLOGUE</u> Angle Bd. Zerktouni Rue My Legrari Imm. Orient 2, 1er Etage - OUJDA Tél : 05 36 68 21 68		
Date de consultation :	<u>24 FEV 2023</u>		
Nom et prénom du malade :	<u>3/9/49</u>		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>ALZHEIMER</u>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 : out de Le : 24/2/2023

Signature de l'adhérent(e) : jelali

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
EV 2023	C + ECR		300 DH	INP : 081046484 Dr EL ALAMI EL SABEH HISSAN Cardiologue Angla Bd Zekkouani Rue My Legrani Imm Orient 2, 1er Etage - OUJDA 05 36 68 21 68

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE M.Y. IDRISI N°7, Bd Zekkouani Al Akbar OUJDA - Tel 05 36 68 43 99 Fax : 05 36 70 27 57	24/2/23	450.00 INPE : 08.2043.118

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
		AM	PC	IM	IV	

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 : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 21433552 00000000 00000000	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	D 00000000 00000000 35533411 11433553	
	B (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

Dr IHSSAN EL ALAMI EL SABEH

Spécialiste en Cardiologie

Ex. Cardiologue à la Polyclinique
de la CNSS OUJDA



الدكتور إحسان العلمي النسبي

أخصائي في أمراض القلب

طبيب أمراض القلب سابقاً

في مصحة الضمآن الاجتماعي وجدة

BouABDELLAH
CHRIFA

24 FEV 2023

* Reçu de 3000H pour C₊ ECG.



زاوية شارع الزرقطوني وزنقة مولاي احمد لكراري عمارة اوريون 2 - الطابق 1 (مقابل مقهى الباهية) وجدة
Angle Bd Zerkouni et Rue My Ahmed Lagrari - Imm Orient 2 - 1er Etage (en face café EL BAHIA)

Email : i.elalamiesabeh@gmail.com - Tél.: 05 36 68 21 68 - OUJDA

Dr IH



LOT: 22111C
EXP: 04/2024
PUC: 250,000H

Fabrication:
bellaVie
Rue E. Duclot, 9b
5060 Samroville - Belgique

Distribué par:
i-HEALTH INNOVATION
10 Rue Racine Vaffeur, Maarif
Casablanca Maroc
+212 522 23 22 61
Contact@healthinnovation.ma
www.healthinnovation.ma
N'Enregistrement au
ministère de la santé :



LOT: 22111C
EXP: 04/2024
PUC: 250,000H

Fabrication:
bellaVie
Rue E. Duclot, 9b
5060 Samroville - Belgique

Distribué par:
HEALTH INNOVATION
10 Rue Racine Vaffeur, Maarif
Casablanca Maroc
+212 522 23 22 61
Contact@healthinnovation.ma
www.healthinnovation.ma
N'Enregistrement au
ministère de la santé :

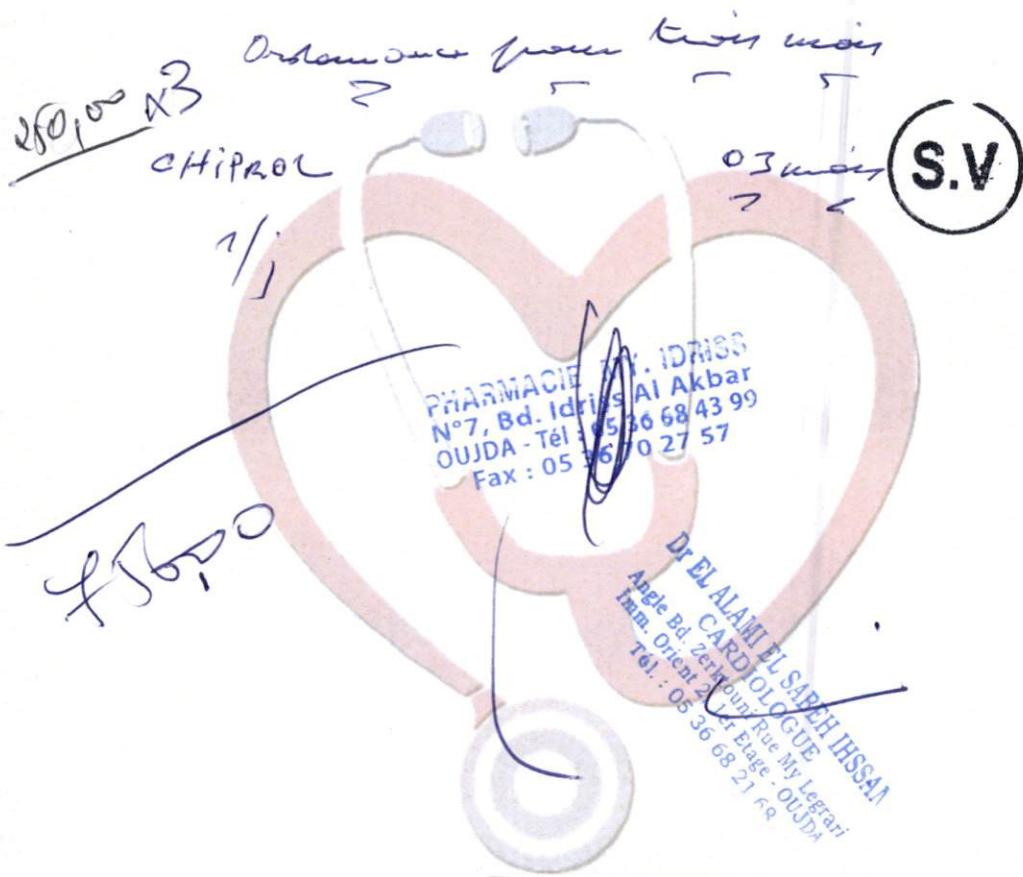
Spé... *Spécialisé en Cardiologie*

Ex. Cardiologue à la Polyclinique
de la CNSS OUJDA

BOUABDELLAH
CHRIFA

طبيب أمراض القلب سابقاً
في مصحة الضمان الاجتماعي وجدة

24 FEV 2023



LOT: 22111C
EXP: 04/2024
PUC: 250,000H



Distribué par:
i-HEALTH INNOVATION
10 Rue Racine Vaffeur, Maarif
Casablanca Maroc
+212 522 23 22 61
Contact@healthinnovation.ma
www.healthinnovation.ma
N'Enregistrement au
ministère de la santé :



زاوية شارع الزرقطوني وزنقة مولاي احمد لكراري عمارة اوريون 2 - الطابق 1 (مقابل مقهى الباهية) وجدة
Angle Bd Zerkouni et Rue My Ahmed Lagrari - Imm Orient 2 - 1er Etage (en face café EL BAHIA)

Email : i.elalamelsabeh@gmail.com - Tél.: 05 36 68 21 68 - OUJDA

BTL-08 MT+ 24.02.2023 12:27:35 6.61.9690R100 d36.47 Cherifa Bouabellah

[UV]	P+	P-	Q	R	S	R'	S'	T+	T-	ST	STs	mesure
								[mV]	[ms]			
I	31	-22	-86	796	-	-	-	214	-	0.01	-12	FC: 67 /min
II	96	-54	-	37	-692	-	-	443	-	0.09	10	RR: 890 ms
III	69	-32	-	137	-1023	-	-	225	-	0.08	10	QRS: 82 ms
aVR	38	-59	-383	159	-88	-	-	-	-328	-0.05	-11	QT / QTc: 378 / 401 ms
aVL	-	-26	-112	821	-	-	-	11	-48	-0.04	-18	P / PQ(PR): 110 / 162 ms
aVF	78	-46	-	92	-857	-	-	331	-	0.08	12	P / QRS / T: 73° / -45° / 66°
V1	45	-70	-	123	-1014	-	-	-	-44	0.05	1	
V2	29	-52	-	169	-1225	-	-	442	-	0.11	9	
V3	93	-16	-	370	-1210	92	-	426	-	0.03	-19	
V4	31	-34	-	565	-804	-	-	496	-	0.07	5	
V5	29	-26	-	759	-609	-	-	437	-	0.05	1	
V6	33	-37	-75	810	-478	-	-	383	-	0.04	0	

interprétation (rapport non confirmé)

RYTHME SINUSAL
DEVIATION AXE GAUCHE MARQUE
ECG ANORMAL

073PB-04258