

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.

Nº W21-764861

AS3113

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 2094 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ABDEL GHANI YOUSSEF

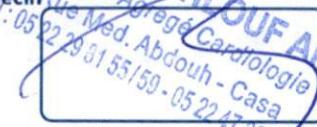
Date de naissance : 29-05

Adresse :

Tél. 0619788916 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Mr. JEDDI / DR. ELMAKHTOUF ALLAL BEN ABDELLAH Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : H. T. A.

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.

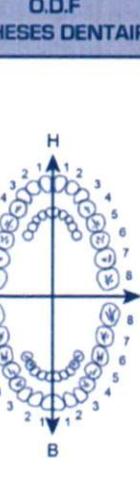
Fait à : Le : / /

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
14.02.2023	Consultation			
				900,-

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
<i>PHARMACIE LAMOUREUX 6, LOT. ALMAGRO CABA Tel.: 05 20 90 94 04 Fax: 05 20 90 94 66 Tél. 01 62 32 51 08 Tél. 01 62 25 10 08</i>	14/02/2011 021 23	837.-AD	

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 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 PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	G																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

Docteur ALI EL MAKHLOUF
PROFESSEUR AGREGE
CABINET D EXPLORATION CARDIOVASCULAIRE
ADULTE ET PEDIATRIQUE

185,20

5 RUE MOHAMED ABDOU RESIDENCE LE PARC APPT N°2

LOT 223155
EXP 09 2026
PPV 46.70 DH

CASABLANCA
Tél : 0522298155/59
Email : elmakhlouf@gmail.com

PPV: 49,60 DH
LOT: 22127
EXP: 09/2025

A CASABLANCA Le 14 février 2023

Mr ABDELGHANI Youssef



ZYLORIC 100mg
1CP PAR JOUR SANS ARRET

SULIAT5/160mg
1 CP PAR JOUR SANS ARRET



D CURT FORT
1 AMPOULE PAR MOIS X 02 MOIS AU TOTAL 02 AMPOULES



185,20

185,20

Docteur ALI EL MAKHLOUF

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologue
5, Rue Med. Abdouh - Casablanca
Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 17 26 89

185,20

PHARMACIE LAIMOUN SARL AU
466, Lot. Allaymoun Lissasfa
Casablanca - Tél.: 05 22 90 94 94
RC: 381781 - TP: 36293297 - IF: 24821866
T: 05 22 90 94 94 - M: 0661131483

EN CAS D'URGENCE APPELEZ LA CLINIQUE JERRADA
0522238181
DR EL MAKHLOUF 0661131483

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5, rue Mohamed Abdou CASABLANCA
Tél. : 0522.29.81.55 / 59 ou 0522.47.26.89
Fax : 0522.22.62.97
GSM cabinet : 06 78 18 18 16
CASABLANCA Le mardi 14 février 2023

Mr ABDELGHANI Youssef

ECHO CAROTIDES 900,00DHS

Arrêtez la présente facture à la somme de 900.00DHS

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

EN CAS D'URGENCE APPELEZ LA CLINIQUE JERRADA
0522238181
DR EL MAKHLOUF 0661131483

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5, rue Mohamed Abdou CASABLANCA
Tél. : 0522.29.81.55 / 59 ou 0522.47.26.89
Fax : [MEDECIN.TelFax]
GSM cabinet : 06 78 18 18 16

CASABLANCA, LE 14.02.2023

Mr ABDELGHANI YOUSSEF

ECHO DOPPLER DES CAROTIDES

Indice de résistance artériel Normal

Epaisseur intima média augmentée.

Carotide primitive droite et gauche :

Flux normal.
Epaisseur intima média augmentée.

Carotides internes droite et gauche :

Parois légèrement infiltrées mais sans sténose.

Artère vertébrale droite et gauche :

Pas de vol ni de dissection.

Artère sous-clavière droite :

Plaque calcifiée à l'origine mais sans sténose.

L'artère sous clavière gauche :

Libre

Conclusion :

Epaisseur intima média augmentée.
Plaques calcifiées non sténosantes à l'origine de la sous-clavière droite.

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 29 51 55 / 59 - 05 22 47 26 89