

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

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M22- 0010124

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 0444 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DIABE Driss

Date de naissance : 01-01-1944

Adresse : Dar-Salam Rue 5 Empl. 03. N° F-

Tél. : 06-11-12-04-05 Total des frais engagés : 2.648,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/03/2023

Nom et prénom du malade : M DIABE Driss Age : 79 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : H.T.A + Diabète

Affection longue durée ou chronique : ALD 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 : Casab Le : 13/04/2023

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
29/03/2023	623	53 + 146	300,-	DR. ABDOU MAMBOUF Ali RUE MED. Abdoulaye 2000 BP 22220 35180 N'Djamena TÉL: 0522208735180 022212083

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE IKHLAS Dr. A. BENNARI 138 Ouannane, Hay Riadi - Casablanca 02 60 07 19	29/03/2023	2348,70

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	25533412	21433552
00000000	00000000	
D	00000000	00000000
35533411	11433553	B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
00000000	00000000	G
D	00000000	00000000
35533411	11433553	B

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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
Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97
GSM cabinet : 06 78 18 18 16

PHARMACIE IKHLAS
Dr. Mme. N. BENNARI
136, Rue Ibn El Ounanne,
Hay M'dina - Casablanca
Tél. : 05 22 60 07 19

Monsieur DIABE Driss

Casablanca le 29032023



1- ZYLORIC 200 MG:

1 CP PAR JOUR X 3 MOIS.

2- ROZAT 10 MG
ER: 1/24
OT: L3805-2
1 cp le soir sans ar

3- KARDEGIC 160 MG :

SACHET PAR JOUR SANS A

4- EXFORGEHCT 10MG

1 CP PAR JOUR SANS A

5- DETENSIEL 10MG

1 CP PAR JOUR SANS A

KARDEGIC 160MG SACHETS B30 P.P.V: 35DH70	KARDEGIC 160MG SACHETS B30 P.P.V: 35DH70	KARDEGIC 160MG SACHETS B30 P.P.V: 35DH70
EXFORGE HCT 10mg/160mg/12.5mg 28 comprimés pelliculés PPV : 310.00 DH	EXFORGE HCT 10mg/160mg/12.5mg 28 comprimés pelliculés PPV : 310.00 DH	EXFORGE HCT 10mg/160mg/12.5mg 28 comprimés pelliculés PPV : 310.00 DH

18001 101788 18001 101788 8001 101788 18001 101788
PPV : 72,00 DH PPV : 72,00 DH PPV : 72,00 DH PPV : 72,00 DH
jué par Cooper Pharm jué par Cooper Pharm jué par Cooper Pharm jué par Cooper Pharm

R 3 mois

2348,70

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

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 mercredi 29 mars 2023

Mr DIABE Driss

CONSULTATION(C3+K16)..... 300.00DHS

Arrêtez la présente facture à la somme de 300,00 DHS

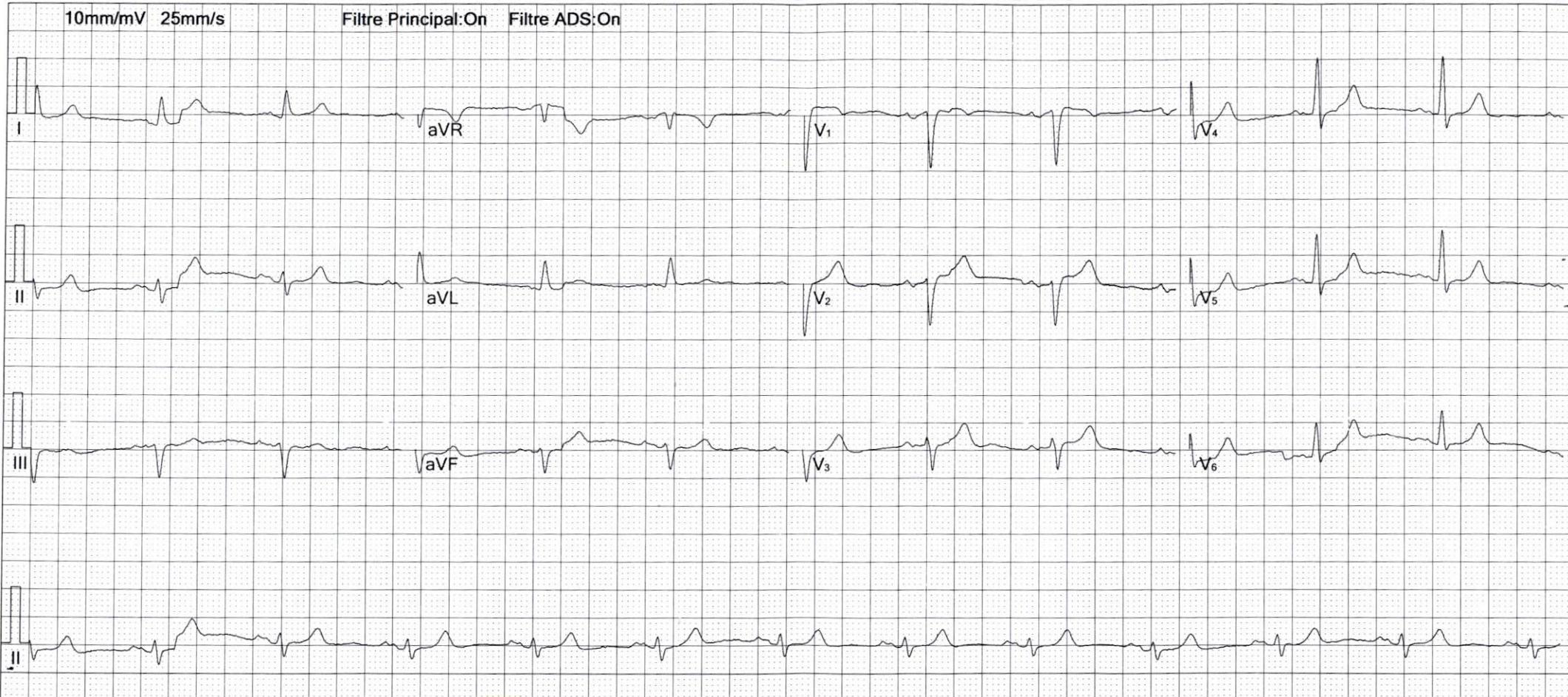
Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Hôp. 9e Cardiologie
2, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 0522298155/59 - 0522472689

EN CAS D'URGENCE APPELEZ LA CLINIQUE JERRADA
0522233181
DR EL MAKHLOUF : 0661131483

ECG

Dr EL MAKHLOUF Ali

NOM:DRISS DIABE ID : Genre :Homme Age :79 DDN :01-01-1944 Date Test :29-03-2023 10:51
Case #: Investigation #: Médecin Référent:



Fréquence :	1000 Hz	Interval.QT :	380 ms
Durée ECG :	23 s	Interval.QTC :	401 ms
FC :	67 bpm	Axe P :	50.1°
Durée P :	103 ms	Axe QRS :	-31.1°
Durée QRS :	87 ms	Axe T :	32.3°
Durée T :	263 ms	RV5/SV1:	0.73/1.04mV
Interval.PQ :	163 ms	RV5+SV1:	1.78mV

Suggestion :

Pee : 150/52 .

Pr 145/72 AV MR
MAY

P. 62

Signature Médecin: