

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-816523

179730

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : _____

Matricule : 3113 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : _____

Nom & Prénom : EL ALAOUI EL HACHIMI RACHID

Date de naissance : 11/01/57

Adresse : _____

Tél. : 06 62 08 86 36 Total des frais engagés : 884,80 + 48,12 € Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/10/2023

Nom et prénom du malade : EL ALAOUI EL HACHIMI RACHID

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA + CSU

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

Le : 31/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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

RELEVÉ 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
31/08/2023	59 K16		3000	INP : 091130522
31/08/2023	159 K16		1000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU GOLF D'ANP LAHRICHI Nadia 5 C, Av. d'Annaba de Bourges Tél: 0522.30.74.58 - Casablanca	31/08/23	484,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

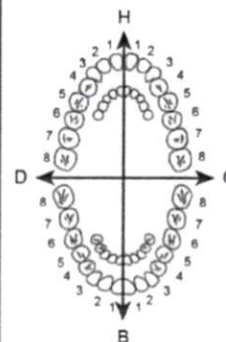
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

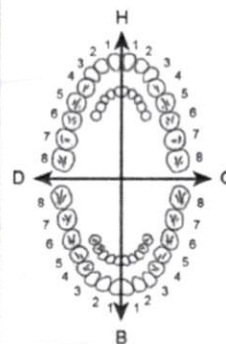
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F.
PROTHÈSES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV :

LOT :

PER :

30,50

Docteur Saâd SOULAMI**Professeur de Cardiologie**

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter



أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

Patient :

El Alaoui

Casablanca, le 31 AOUT 2023

El Hachimi Reclus

Sial 06 mois

TAN 60000 (S)

Pleurosite apudhémic

82.70 x 1/2

1/2

(S)

(S)

PREZAT 50 - y

27.70 x 1/2

y e n t e

(S)

Cordilopaspire 100

1 ya m e r

484,80

PHARMACIE DU GOLF D'ANFA
LAHRIKHI Nadia
5 C, Av d'Asa & Bd. de Benguete
Tél: 0522.39.74.58 - Casablanca

Dr Saâd SOULAMI
Spécialiste de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - Casablanca - E-mail: cabinetsoulami@gmail.com
Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél. Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence: 06 65 14 69 96
CNSS: 2700608 - IF: 41802257 - ICE: 001755076000067 - IPN: 091130922

PPV 820470
PER 06/26
LOT M1982

PPV 820470
PER 06/26
LOT M1982

PPV 820470
PER 06/26
LOT M1982

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

Patient :

ALAOUI

Casablanca, le

31.08.2023

Dr Hachimi Hocli

Nok Shoune

Consultation Card de Docteur

CS

3000

HK

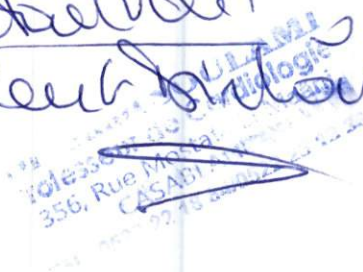
2000

FCG

4000

Sintum mubalel

groupe Cardiolabs



356, Zénقة مصطفى المعاني (قرب زénقة أكادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / **06 62 88 90 91** - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - **Urgence : 06 65 14 69 96**

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

Last: EL ALAOUI EL HACHIMI
First: RACHID
ID:
DOB:
Age: 0yr
Sex:

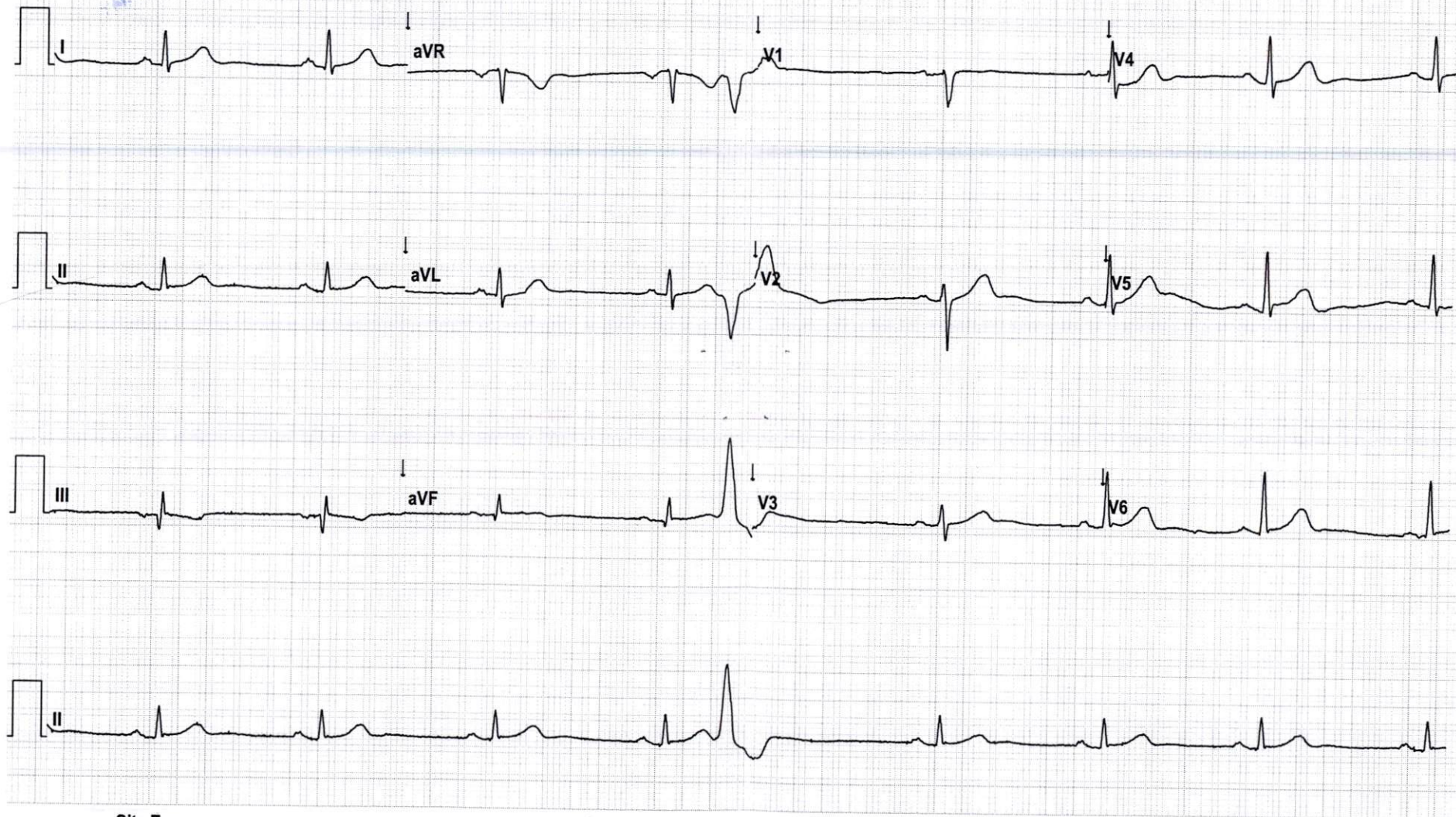
31-Aug-2023 09:41:12

Vent rate: 53 BPM
PR int: 165 ms
QRS dur: 91 ms
QT/QTc: 412 / 395 ms
P-R-T axes: 9 36 22

BRADYCARDIE SINUSALE AVEC DE RARES EXTRASYSTOLES VENTRICULAIRES
SUSPICION D'IDM INFÉRIEUR, DE DATE INDÉTERMINÉE
ECG ANORMAL

Revu par _____

Dr. Saad SOLTANI
Professeur de Cardiologie
55b, Rue Mohamed El Maani
23 23



Site Zero

Site # 0 Cart # 0 ELI Link 4.11.6.0 Sequence # 65458 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz

PHARMACIE GRENELLE-TOUR EIFFEL

Alexandra BEN ZIMRA

63, Boulevard de Grenelle

75015 PARIS

FRANCE

Tel: 0145791851

N° SIRET: 81986077600015

Code NAF/APE: 4773Z - FR94819860776

Désignation	Code TVA	Qté	PU TTC	Montant TTC
-------------	-------------	-----	-----------	----------------

Patient: ETRANGER Etranger
Ordonnance 1007069

3400938248593	4	1	6,49	6,49
FLECAINIDE 100MG SANDOZ CPR			SE(700551)	
	4	1	1,02	1,02

Honor. dispens. HD7	4	1	0,51	0,51
---------------------	---	---	------	------

Honor. dispens. HDR				
---------------------	--	--	--	--

Total TTC				8,02
-----------	--	--	--	------

Ordonnance 1007070

3400938248593	4	1	6,49	6,49
FLECAINIDE 100MG SANDOZ CPR			SE(700552)	
	4	1	1,02	1,02

Honor. dispens. HD7	4	1	0,51	0,51
---------------------	---	---	------	------

Honor. dispens. HDR				
---------------------	--	--	--	--

Total TTC				8,02
-----------	--	--	--	------

Ordonnance 1007071

3400938248593	4	1	6,49	6,49
FLECAINIDE 100MG SANDOZ CPR			SE(700553)	
	4	1	1,02	1,02

Honor. dispens. HD7	4	1	0,51	0,51
---------------------	---	---	------	------

Honor. dispens. HDR				
---------------------	--	--	--	--

Total TTC				8,02
-----------	--	--	--	------

Ordonnance 1007072

3400938248593	4	1	6,49	6,49
FLECAINIDE 100MG SANDOZ CPR SE(700554)	4	1	1,02	1,02
Honor. dispens. HD7				
Honor. dispens. HDR	4	1	0,51	0,51
Total TTC			8,02	

Ordonnance 1007073

3400938248593	4	1	6,49	6,49
FLECAINIDE 100MG SANDOZ CPR SE(700555)	4	1	1,02	1,02
Honor. dispens. HD7				
Honor. dispens. HDR	4	1	0,51	0,51
Total TTC			8,02	

Ordonnance 1007074

3400938248593	4	1	6,49	6,49
FLECAINIDE 100MG SANDOZ CPR SE(700556)	4	1	1,02	1,02
Honor. dispens. HD7				
Honor. dispens. HDR	4	1	0,51	0,51
Total TTC			8,02	
A Payer			48,12	

TOTAL A PAYER : 48,12 (315,65F)

Montant HT : 47,16

Code

TVA	Taux	HT	TVA	TTC
4	2,10	47,130	0,990	48,12

CB : 48,12

Le 29/09/2023 à 12h55 Op. : 2 Alexandr

Montants exprimés en Euros

Produits ni repris ni échangés

A BIENTOT

MERCI POUR VOTRE VISITE

Ticket 431030/1188576

B525/0370-4

124/ /1/FACTURATION/TICKET/18/N/UFMQ/MIN
A/2.20.3.1.R1/1