

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° W21-803919

A 80491

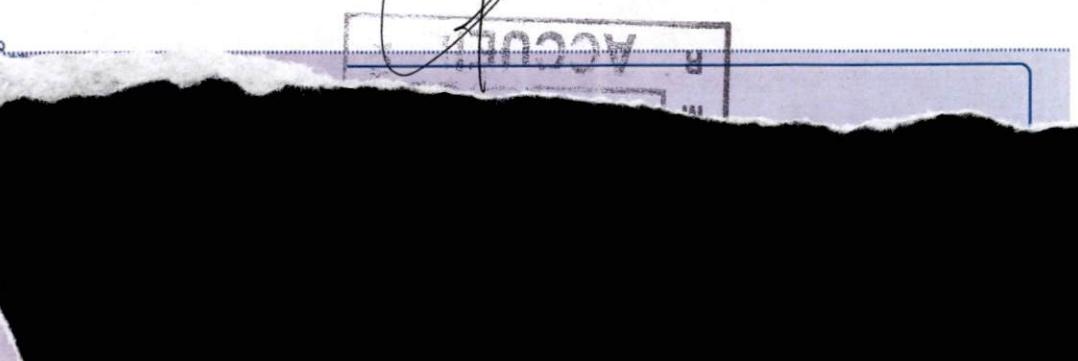
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	
Cadre réservé à l'adhérent (e)		<input type="checkbox"/> Autres	
Matricule :	3404	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionnaire	Autre :	QASSOUD Ahmed
Nom & Prénom :		08/05/1960	
Date de naissance :		RES RIAD AL ANDALOUS AL MERA	
Adresse :		MILA 3 casablanca	
Tél. :		06 61 191639	Total des frais engagés : 127,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Professeur en Cardiologie	
264 Bd Ghandi - Casablanca	
Tél : 05 22 38.01.12 / 06 01 15 78 06	
Cachet du médecin :	Dr. ALAMI Mohamed
Date de consultation :	06 OCT 2020
Nom et prénom du malade :	e HAFTI
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	frederick
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 : 19/10/2020
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 19/10/2023



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
10/07/2013 08/07/2013	CS normale Examen de l'œil	300	DR 1000	INP : 11100002 Dr. ALAMI Moh Professeur en Cardiologie 264 Bd Ghandi - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture Professeur en C 264 Bd Ghandi Tél : 06 22 33 04 12 /
 PHARMACIE MOUKRIM Rue 30 - Manarona Ain Ch 0522 21 39 75 - Cé	06/10/23	487,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

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 canalaires, 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																			
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></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;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</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 style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

Dr Alami Mohamed
Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi.
Residence Jawhara
Casablanca 20200

ORDONNANCE

06/10/2023

CHAFIK LAILA

114, 16. X3.

CRESTOR 5

1cp /J



ISOXAN

1cp /J



20j



145,00

487,30.

3 mois

~~Dr. ALAMI Mohamed
Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi - Casablanca
Tél : 05 22 39 51 12 X 06 81 15 78 06~~

Maphar
Bd Alikmia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH
6 118001 183104

Maphar
Bd Alikmia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH
6 118001 183104

مکری مارکیٹ
PHARMACIE MOKRINI
60, Rue 30 - Mandarona Ain Chock
Tél: 0522 21 39 75 - Casablanca

Maphar
Bd Alikmia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH
6 118001 183104

Docteur Mohamed Alami
Professeur Agrégé en Cardiologie
Spécialiste des Maladies
Du Cœur et des Vaisseaux

PATENTE : 34822560

FACTURE A703/23

Mme CHAFIK LAILA

06.10.2023

- | | |
|-----------------------------|----------|
| - CONSULTATION CARDIO + ECG | 300 DHS |
| - ECHOCARDIOGRAPHIE | 1000 DHS |

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : MILLE TROIS CENT DIRHAMS.

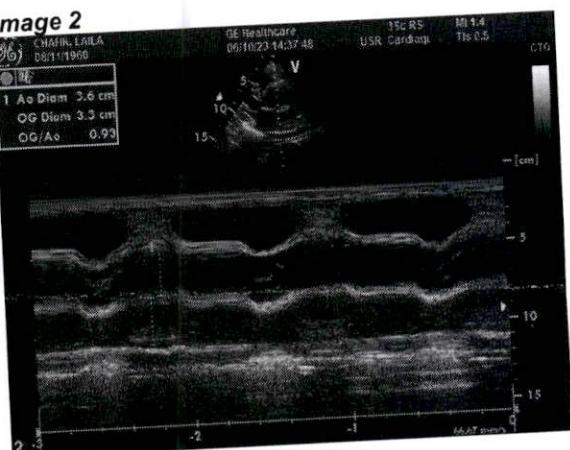
Dr. ALAMI Mohamed
Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi - Casablanca
Tél : 06 22 38.01.12 / 06 61 15 78 06

Images report: 8 images

GE Healthcare Hospital
Ultrasound Laboratory

Name **CHAFIK, LAILA**
Birthdate **08/11/1960**
Patient Id **16344**
Sex **Femme**
Height
Weight
BSA
BP

Date **06/10/2023**
Tape
Sonographer **Default user**
Referral Dr.
Diagnosis Dr.

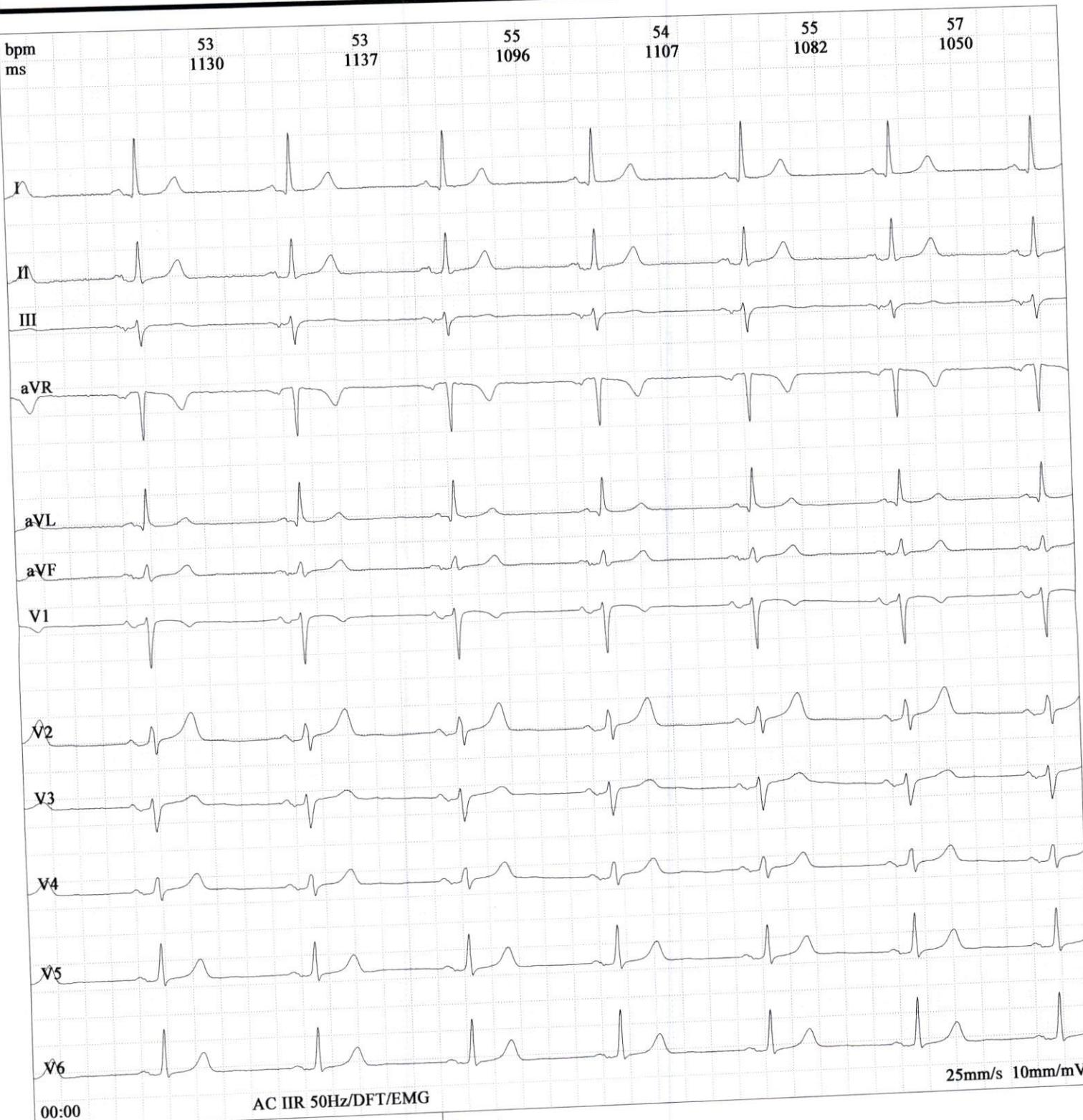


Print Date: 10/6/2023

ÉCG

Pr ALAMI M (s2)

Nom : CHAFIK LAILA Sex : Female Age : 63 Clinique N : Section :
 SN : 0021816 Case No. : Lit No. : Date : 06/10/2023



		Prompt:	
Frequency:	1000Hz	PR Interval:	153 ms
Sample Time:	11s	QT Interval:	419 ms
HR:	55bpm	QTc Interval:	401 ms
P Interval:	112ms	P Axis:	36.80°Cb
QRS Interval:	90 ms	QRS Axis:	16.60°Cb
T Interval:	186 ms	T Axis:	41.70°Cb

Dr. ALAMI Mohamed
Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi - Casablanca
Tél : 05 22 39.01.12 / 06 61 15 78 06

Signature Médecin :

Page 1