

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

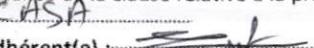
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-794609

Jrsl
les
consultat

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7289	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ELMIRABET OUSSAMA			
Date de naissance : 18-03-1969			
Adresse : N°6 rue Iraq Dar Bouazza Casablanca			
Tél. : 0762277119	Total des frais engagés :	488,4 Dhs	

Autorisation CNP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	DR. EL ALEM EL ALMI
	Cachet du médecin :	Lot. Al Ansari Rue 15 N° 1 Dar Bouazza Casablanca ICE : 00217783500049
Date de consultation :	16-3-23	Age :
Nom et prénom du malade :	ELMIRABET RACHA	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	277	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances	277	
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 : CASA **Le : 16-09-23**
 Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
16/09/23	Consultation	300g	300g 10%	INP : 1234567890 COUPURE PARIS 12 SEPTEMBRE 2023 MEL

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 <i>16/09/2013</i>	<i>16/09/2013</i>		<i>128</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX

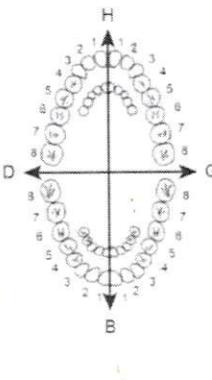
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552												
00000000	00000000												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>									
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr EL Alem El Almi

CARDIOLOGUE

MALADIES DU COEUR ET DES VAISSEAUX

Ancien Assistant Étranger à la Clinique Cardiologique
de la Faculté de Médecine de Montpellier - France



الدكتور العالم العالمي

الخصائي في أمراض القلب والشرايين

استاذ مساعد سابق بمصحة القلب

بكلية الطب بمنيولي - فرنسا

Casablanca Le : 2015

بضاء في :

PENITARD 1,2 M.U.I
poudre et solvant pour solution injectable



PENITARD 1,2 M.U.I
poudre et solvant pour solution injectable



PENITARD 1,2 M.U.I
poudre et solvant pour solution injectable



6 118000 090564

PENITARD 1,2 M.U.I
poudre et solvant pour solution injectable



6 118000 090564

PENITARD 1,2 M.U.I
poudre et solvant pour solution injectable



6 118000 090564

PENITARD 1,2 M.U.I
poudre et solvant pour solution injectable



6 118000 090564

PENITARD 1,2 M.U.I
poudre et solvant pour solution injectable



6 118000 090564

PENITARD 1,2 M.U.I
poudre et solvant pour solution injectable



6 118000 090564

PENITARD 1,2 M.U.I
poudre et solvant pour solution injectable



6 118000 090564

) ایضاً سمع راسیت
RICHAF

(S)

Extravasation

12 x 10,20 ~ 15M tom 8 =

12 8,4?

6 mm

Dr. EL ALEM EL ALMI
Lot. Al Ansari Rue 15 N° 1
Dar Bouazza Casablanca
ICE: 00277835000049

PHARMACIE EL ALI
34 Rue Sirene lot Dar Bouazza
Tél: 05 22 98 88 96
Fax: 09 22 98 88 96

باري داربوعزة - الدار البيضاء 15، Lotissement Ansari, Dar Bouazza - Casablanca.

Tel : 05 22 29 29 15 / 06 61 65 62 18 - هاتف : E-mail : docteur_elalmi@gmail.com

~~PBBET~~
~~Ansari~~

M / F
Age: 15
cm / kg

FC: 76/min Axes:
P 43 °
Intervals: QRS 16 °
RR 790 ms T 23 °
P 98 ms
PQ 152 ms P (II) 0.14 mV
QRS 98 ms S (V1) -0.91 mV
QT 348 ms R (V5) 0.89 mV
QTC 395 ms Sokol. 2.01 mV

Dr. EL ALEM EL ALMI
Lot. Al Ansari Rue 15 N° 1
Dar Bouazza Casablanca
ICE : 002177835000049

10 mm/mV

10 mm/mV



25 mm/s

SCHILLER SWITZERLAND Art. No. 2.157 050

F50 SBS Sa 16-SEP-23 12:53:31

CE0123

LOT D 677

AT-102 1.37 Mm