

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 canaux, 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 canaux.

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

M22- 0016067

186044

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1144 Société : R A N
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : RADHI Khena
 Date de naissance : 01.01.49
 Adresse : 19 Rue AGHM HAY ELHANA
 Casablanca
 Tél. : 0661 420848 Total des frais engagés : 1474,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR M. A. LAABI
 CARDIOLOGUE
 Rés. RIBH "D" Angle Bd Bir Anzarane
 Rue Calid Achkar, la Côte de Agence (NWII)
 Quartier Maârif - Casablanca
 Tél: 0522 99 20 88 - Fax: 05 22 99 20 87
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 29/11/2023
 Nom et prénom du malade : RADHI Khena Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HSA
 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 : Le 06/12/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
29/11/23	C8+R66	300h		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAR NAJME Sonia NAJME Lot Sofia 2 Rue Hassane N°7 Hay El Hana - Casablanca Tél: 0522 95 15 37	29/11/23	1184,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

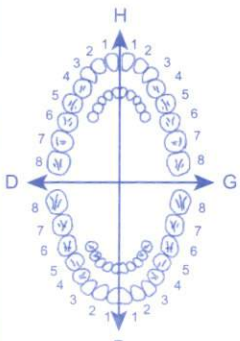
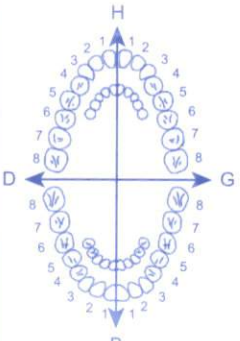
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

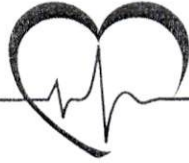
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 Mohamed Amine LAABI



الدكتور محمد أمين لعبي

CARDIOLOGUE

Cardiologie Générale et Interventionnelle

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
و علاج القلب التداخلي

29/11/2023

RADH uleuri



654.00

1- Aprovel 300 mg
un cplj uleuri



218.00 x 3

262.50

2- nebilet 5mg
un clew cplj uleuri



87.50 x 3

cell
200



267.60

3- ARKON 5mg
un cplj si TA > 150 mmHg



87.20 x 3

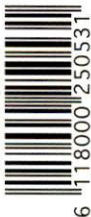
1184.10

PHARMACIE DAR NAJME
Sofia NAJME
Lot Sofia 2 Rue Hassane A°7
Hay El Hana - Casablanca
Tél: 0522 95 13 37

DR. M. A. LAABI
CARDIOLOGUE
Rés. RIBH "D" Angle Bd Bir Anzarane
Rue Caid Achtar, Côte de Agence Inwi
Quartier Maârif - Casablanca
Tél: 0522 99 20 88 - Fax: 05 22 99 20 87

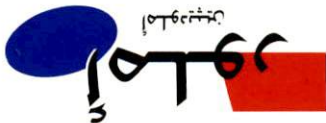
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Amlor 5 mg ○
28 COMPRIMÉS



28 قرص

5 mg



UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

4, 9 2 0
89, 20

09366067/7

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Amlor 5 mg ○
28 COMPRIMÉS



28 قرص

5 mg



UT.AV :

P.P.V.

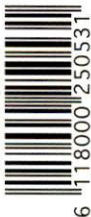
LOT N° :

4, 9 2 0
89, 20

09366067/7

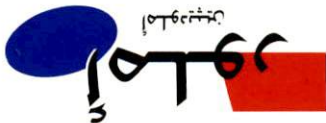
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Amlor 5 mg ○
28 COMPRIMÉS



28 قرص

5 mg



UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

4, 9 2 0
89, 20

09366067/7

12SL™ V239

MAC600 1.02

Axes P-R-T 22 -32 -9

Intervalle RR 952 ms

Durée P 62 ms

Intervalle PR 136 ms

QT/QTc 408/417 ms

Durée QRS 76 ms

Freq. ventr. 63 bpm

Dr. M. A. LAABI

CARDIOLOGUE

Rés. RIBH "D", Angle Bd Bir Anzarane
Rue Caïd Achtar, (à Côté de Agence INWI)
Quartier Maârif - Casablanca

Tél: 0522 99 20 88 - Fax: 05 22 99 20 87

GE

MAC600 1.02

ID :

29-nov-2023 15:20:52

aVR

V1

V4

I

II

III

aVL

V2

V5

aVF

V3

V6

0.16-150Hz

25.0 mm/s

10.0 mm/mV

50Hz

63 bpm

RADiti uterino

4x2,5s

|||