

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1084 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : LAYACHI Fatiha ep. LAYACHI

Date de naissance : 06/02/150

Adresse : 88 Rue The Park Im. AG El H. App 7
Casablanca

Tél. : 0661 267345 Total des frais engagés : 1300DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. ALAMI Mohamed

Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi - Casablanca

Tel : 05 22 39.01.12 / 06 61 15 78 96

Date de consultation : 04 DEC 2023

Nom et prénom du malade : LAYACHT HOUKI Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Nature de la maladie :

HTA - Athérosclérose

Enfant

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 : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) :

ASW

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 de la Facture
7 DEC 2023	Consultation Cardiologique	1	300 DA	Dr. ALAMY Mohamed Professeur en Cardiologie 264 Bd Ghandi - Casablanca Tel: 05 22 39 01 21 06 61 15 70 06
07 DEC 2023	Echocardiographie	1	1000 DA	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie C.I.I. BENBRAHIM Touria 100, Boulevard Ibn Sina Tel : 05 22 35 18 68 - Casa	07/12/23	283,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

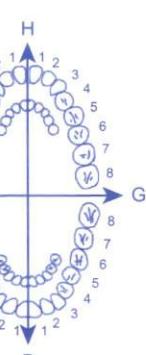
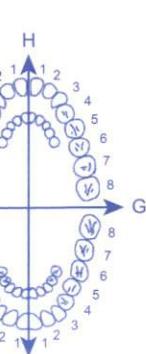
AUXILIAIRES MEDICAUX

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												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX											
				MONTANTS DES SOINS											
				DEBUT D'EXECUTION											
				FIN D'EXECUTION											
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 style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G	00000000	00000000													
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

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

ORDONNANCE

07/12/2023

LAYACHI CHOUKI

ATACAND 8
1cp J/



CARDIOASPIRINE
1cp J/



CRESTOR 5
1cp J/

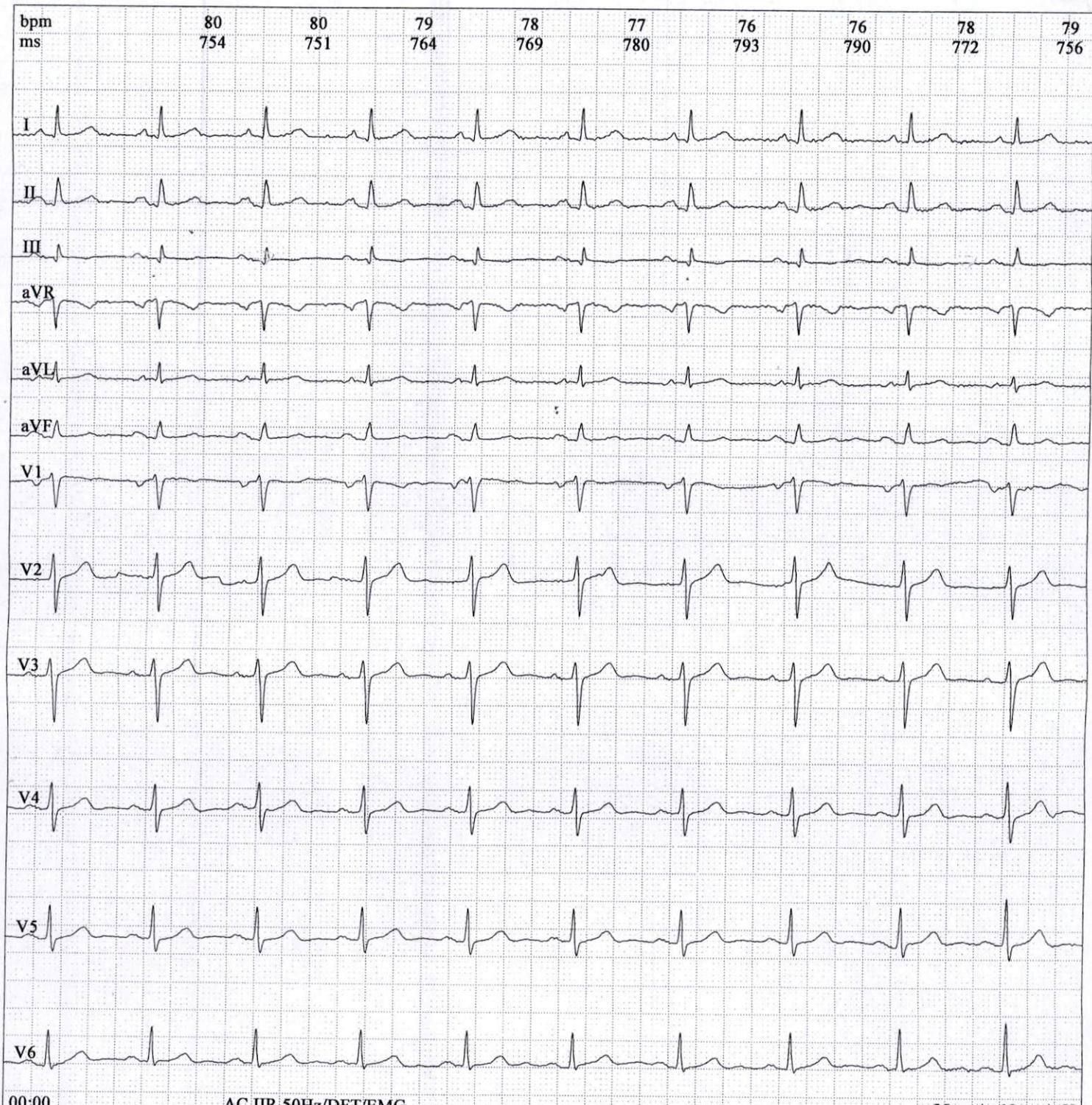


Dr. ALAMI Mohamed
Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi - Casablanca
Tél : 05 22 39 01 12 / 06 61 15 78 06

Pr ALAMI Mohamed (S1)

ECG

Nom : LAYACHI CHOU	Sex : Female	Age : 74Y	Clinique N.	Section :
SN : 0017353	Case No. :	Lit No. :	Date :	07/12/2023 11:25:54



Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	156 ms	Prompt:
Temps d'écha	28s	QT Interval:	359 ms	
HR:	78bpm	QTc Interval:	410 ms	
P Interval:	98ms	P Axis:	63.50°Cb	
QRS Interval:	85 ms	QRS Axis:	52.30°Cb	
T Interval:	178 ms	T Axis:	38.90°Cb	

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

Signature Medecin :

Images report: 8 images

GE Healthcare Hospital
Ultrasound Laboratory

Name **LAYACHI, CHOUKI**
Birthdate **29/11/1949**
Patient Id **50687**
Sex **Homme**
Height
Weight
BSA
BP

Date **07/12/2023**
Tape
Sonographer Default user
Referral Dr.
Diagnosis Dr.

Image 1

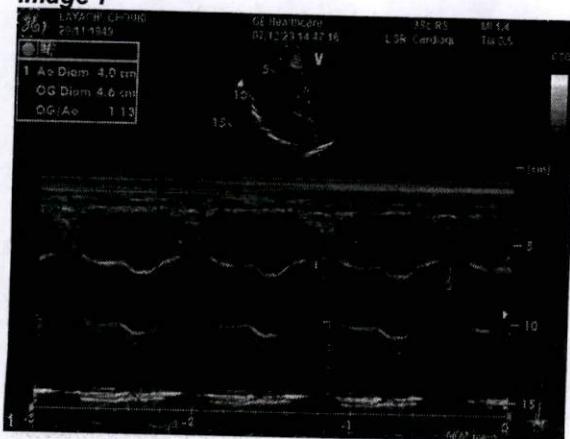


Image 2

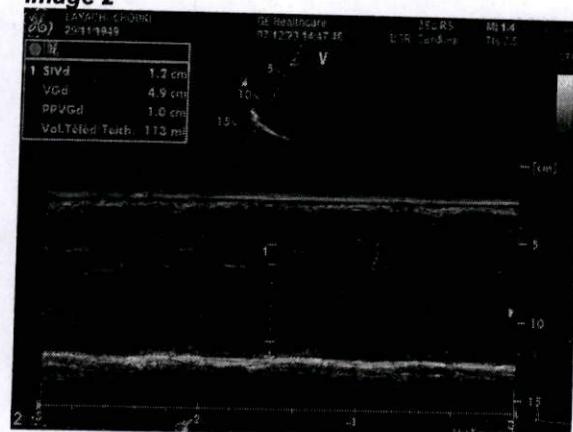
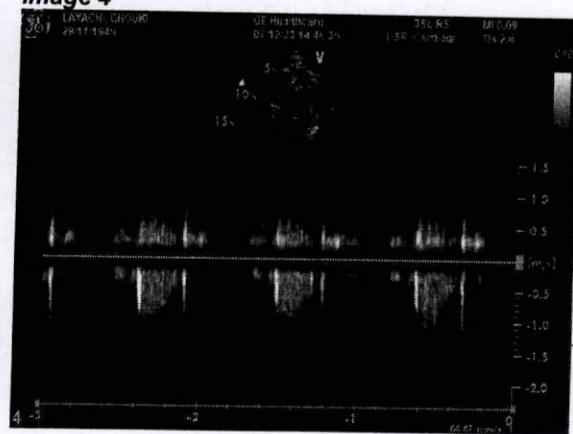


Image 3



Image 4



Print Date: 12/7/2023

Image 5

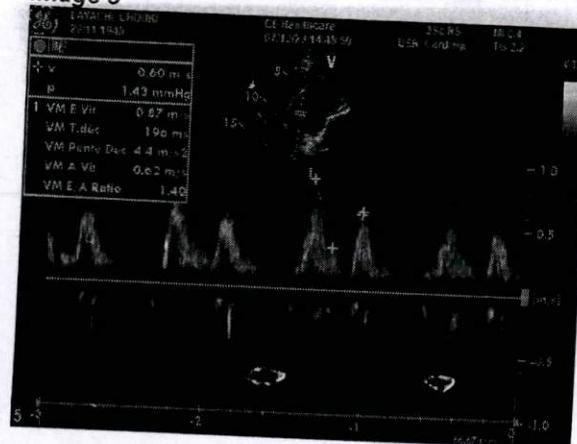


Image 6

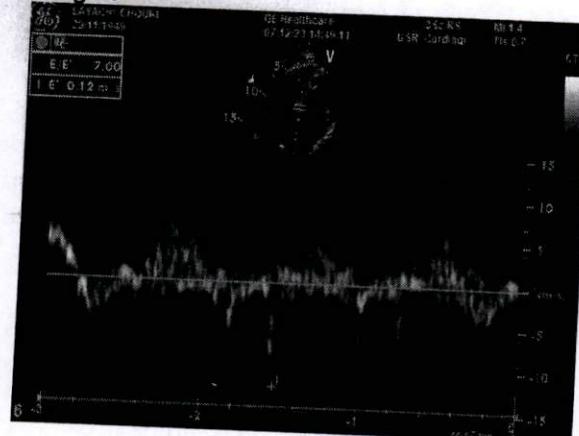


Image 7

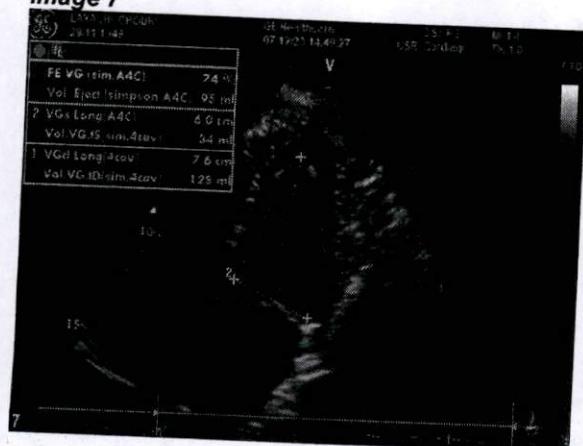
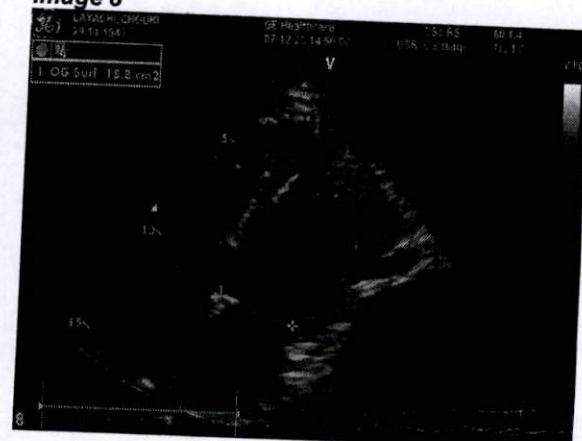


Image 8



Docteur Mohamed Alami

Professeur Agrégé en Cardiologie
Spécialiste des Maladies
Du Cœur et des Vaisseaux

PATENTE : 34822560

FACTURE A912/23

Mr LAYACHI CHOUKI

07.12.2023

- CONSULTATION CARDIO + ECG	300DHS
- 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 : 05 22 39 01 12 / 06 61 15 70 06