

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

M23-005444

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 25.12 Société : RA.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : B.OU.MHAMDI

Ahmed

Date de naissance : 03/03/1958

Adresse :

Tél. : 0668555531

Total des frais engagés : 1948,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Cardiopathie atherosclérose

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 : 05/05/2021

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : Dr. A. DAHREDDINE

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23-11-23	eco	3000dH		Dr. A. DAHMANI Cardiologue Interventif Centre du Cardiologie Casablanca - 69 66 65 54 35 06

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ANASSA	23-11	1648,20
	23	

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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
				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G B	DATE DU DEVIS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR .ABDESSAMAD DAHREDDINE
 Spécialiste des Maladies du Cœur et
 Des Vaisseaux
 Diplôme en cardiologie interventionnelle
 à l'université paris XII
 Ancien chef d'unité de cathétérisme
 Cardiaque a l'hôpital Avicenne de rabat



الدكتور عبد الصمد ظهر الدين

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين
 حائز على دبلوم قسطرة القلب
 و الشرايين بجامعة باريس
 رئيس سابق لقسم قسطرة القلب و الشرايين
 بمستشفى ابن سينا بالرباط

CASABLANCA :.....

23.11.2023

Mr BOUMHAMDI Ahmed

153.60 x 4 = 606.40

1 SULIAT 5MG /80MG CP

1 comprimé le matin, pendant 3 mois.

72.00 x 3 = 216.00

2 DETENSIEL 10 mg cp pellic séc : Plq/30

1 comprimé le matin, pendant 3 mois.

23.60 x 3 = 70.80

3 CARDIOFLEX CP 100MG

1 Comprimé à midi, après le repas, pendant 3 mois.

255.00

4 ROSUVAS CP 20MG

1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois.

250.00 x 2 = 500.00



1 = 1648.20



رواق عبد المؤمن 202.شارع عبد المؤمن رقم 32. الدار البيضاء

الهاتف : 0688.16.06.51-05.22.86.04.63 - المستعجلات: 06.66.54.35.06

Galerie Abdelmoumen 202 bd .Abdelmoumen(Entre Sol n°32)-Casablanca

TEL :05.22.86.04.63 - P : 06.88.16.06.51- Urgence : 06.66.54.35.06

E-mail: dahreddieabdessamad@gmail.com

151,60

SULIAT® 80 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés



6 118000 072379

151,60

SULIAT® 80 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés



6 118000 072379

151,60

SULIAT® 80 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés



6 118000 072379

151,60

SULIAT® 80 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés



6 118000 072379

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables
7862160236



6 118001 101788

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

151,60
83,60

CARDIOFLEX® 100 mg
Boite de 30 Comprimés Pelliculés



6 118000 360339

83,60

CARDIOFLEX® 100 mg
Boite de 30 Comprimés Pelliculés



6 118000 360339

83,60

CARDIOFLEX® 100 mg
Boite de 30 Comprimés Pelliculés



6 118000 360339

LOT : 231060
EXP : 06/2025
PPV : 250DH00

ROSUVASUN 20 mg
Boite de 30 comprimés pelliculés



6 118000 380665

Lot n°:

EXP:

PPV:

255 DH 00

ROSUVASUN 20 mg
Boite de 30 comprimés pelliculés



6 118000 380665

LOT : 231060
EXP : 06/2025
PPV : 250DH00

ROSUVASUN 20 mg
Boite de 30 comprimés pelliculés



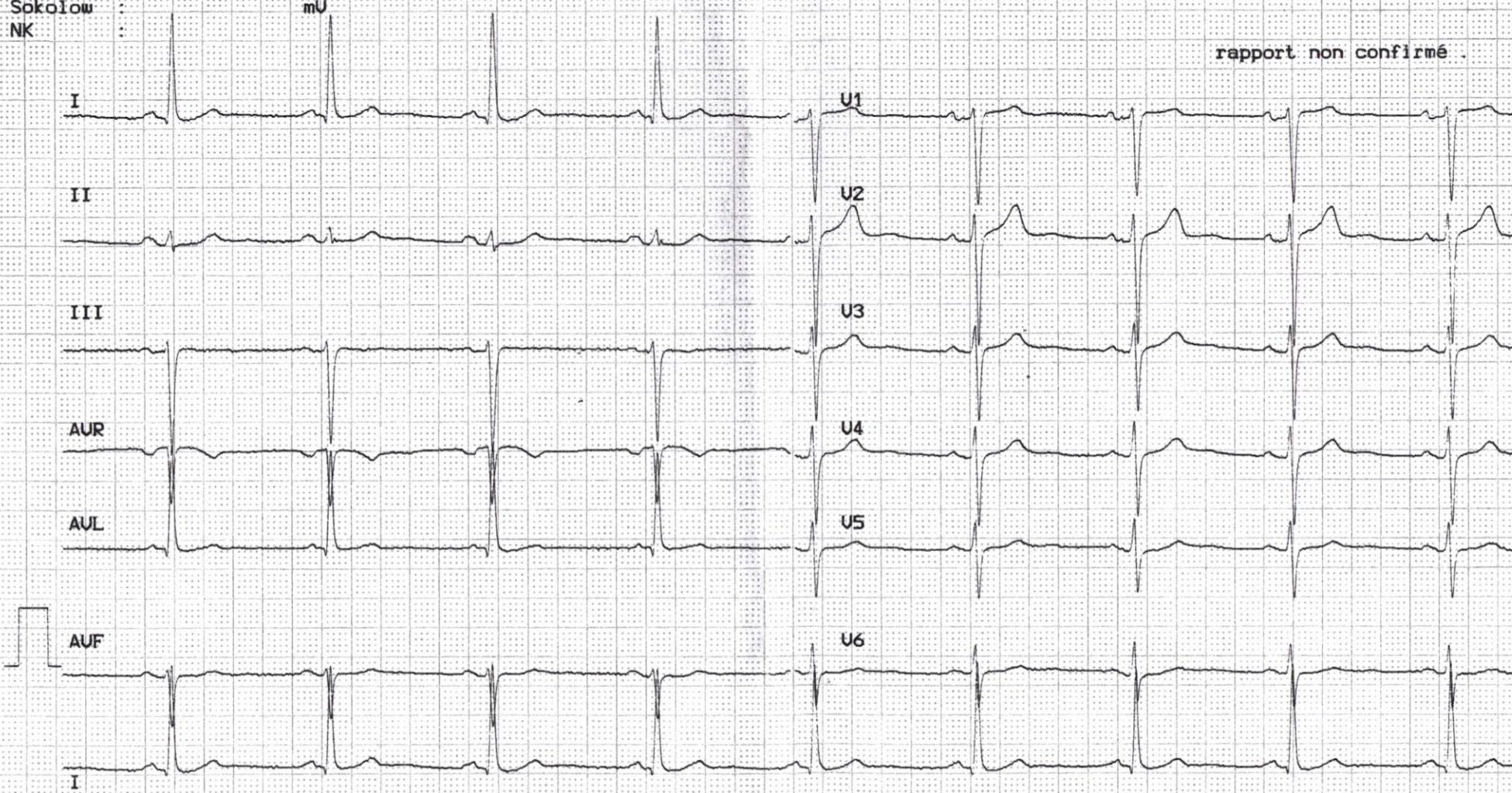
6 118000 380665

Résultats mesures:

QRS : ms
QT/QTcB : / ms
PQ : ms
P : ms
RR/PP : / ms
P/QRS/T : / / degr
QTD/QTcBD: ms
Sokolow : mV
NK :

Interprétation:

rapport non confirmé .



Résultats mesures:

QRS : / ms
QT/QTcB : / ms
PQ : / ms
P : / ms
RR/PP : / ms
P/QRS/T : / ms
QTD/QTcBD: ms
Sokolow : ms
NK : ms

Interprétation

Report



23.Nov.2023 17:24:35

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : BOUMHAMDE Ahmed

Matricule : 2512 **N° CIN :** B 183 795

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Bilal

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

· Cardiopathie échographique

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le 23/05/2023

Cachet et signature du médecin traitant :



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées