

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Déclaration de Maladie

M23-006537

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3456 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAAMANE ABDELLAH

Date de naissance : 20/06/1956 à CAS

Adresse : 7, Rue 67 May M. ABDELLAH CAS

Tél. : 0698953570 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 8 / 1 / 2019

Nom et prénom du malade : NAAMANE ABDELLAH

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ALD

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

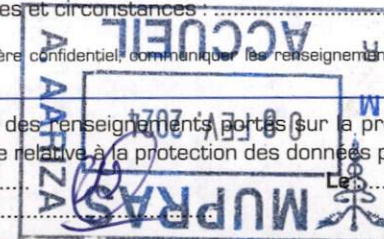
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CAS

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
8/1/2021	consulte		600	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacieur ou du Fournisseur

PHARMACIE ALZAHAR
DIPLOME
133, Boulevard Hay My Abdelilah - Ghardaïa
Tél : 05 22 21 59 66

Date : 8/01/2021
Montant de la Facture : 527,10

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

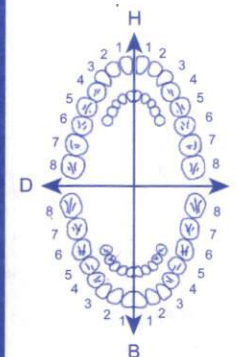
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

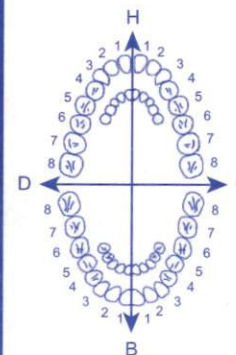
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient
DES TRAVAUX

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

عيادة تشخيص واستكشاف أمراض القلب والشرائين Cabinet de Consultation et d'Exploration Cardio Vasculaire

Dr. Abdesselam SEBTI
Cardiologue
Diplôme de la Faculté de Médecine
de Toulouse - France



الدكتور عبد السلام سبتي
اختصاصي في أمراض القلب
خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

Casablanca, le

8.1.24

anamnese

Malade

75,30x72

feuil 3

LM 22

= 527,10.

Dr. V. Zou

PHARMACIE AL AZHAR
DIOURI MOHAMED
133, Bd Taza Hay My Abdellah - Cas
Tél : 05 22 21 59 66

Dr. Abdesselam SEBTI
Cardiologue
134 Rue Attabari - Bd Ghandi
05 22 39 09 09 / 05 22 44 75 81 / 06 63 89 13 56
05 22 39 09 09

Prochain R.D.V le

En cas d'urgence contacter : 06 61 27 12 90 Ou clinique CASA ANFA : 05 22 94 56 33

الدار البيضاء 134 Rue Attabari 4^{ème} étage Bd Ghandi - Casablanca زنقة التباري الطابق الرابع شارع غاندي - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 39 09 09 / 05 22 44 75 81 / 06 61 27 12 90 / 06 63 89 13 56

Email : centrecardiordrsebti@gmail.com

***VIGNETTE**

ZOFENIL 30 mg

28 comprimés pelliculés sécables

PPV 75,30 MAD

***VIGNETTE**

ZOFENIL 30 mg

28 comprimés pelliculés sécables

PPV 75,30 MAD

***VIGNETTE**

ZOFENIL 30 mg

28 comprimés pelliculés sécables

PPV 75,30 MAD

***VIGNETTE**

ZOFENIL 30 mg

28 comprimés pelliculés sécables

PPV 75,30 MAD

***VIGNETTE**

ZOFENIL 30 mg

28 comprimés pelliculés sécables

PPV 75,30 MAD

***VIGNETTE**

ZOFENIL 30 mg

28 comprimés pelliculés sécables

PPV 75,30 MAD

***VIGNETTE**

ZOFENIL 30 mg

28 comprimés pelliculés sécables

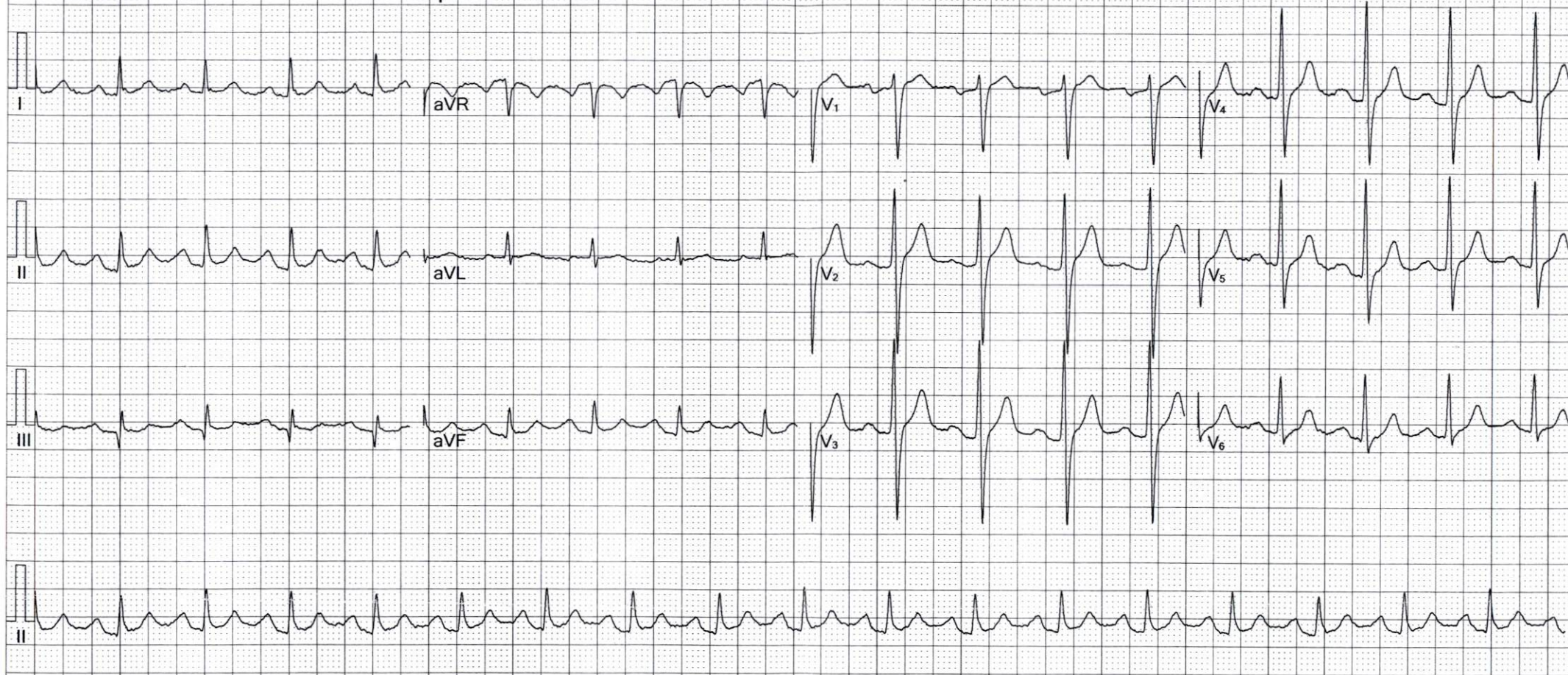
PPV 75,30 MAD

NOM: NAAMANE ABDELHAK ID : Genre : Age : 0 DOB : 08-01-2024 Date of Test : 08-01-2024 11:56
Case #: Investigation #: Médecin Référent: Dr SEBTI Abdessalam

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal: On

Filtre ADS: On



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	350 ms
Durée Echantillon :	14 s	Intervalle QTc :	447 ms
FC :	98 bpm	Axe P :	83.2°
Durée P :	150 ms	Axe QRS :	40.6°
Durée QRS :	97 ms	Axe T :	45.6°
Durée T :	223 ms	RV5/SV1:	1.60/1.20mV
PQ Interval :	220 ms	RV5+SV1:	2.80mV

Suggestion :

Dr. Abdessalam SEBTI
Cardiologue
34 Rue Attabari - Bd Ghandi
05 22 44 75 81
06 81 27 12 90
05 22 39 09 09

Signature Médecin: