

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

199694

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1895** Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **BEN OUDI PROUW HEDINA**

Date de naissance : **1948**

Adresse : **Idem**

Tél : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **12/03/2024**

Nom et prénom du malade : **BEN OUDI PROUW HEDINA** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **BEN OUDI PROUW (HEDINA) HEDINA**

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.

19 MAR 2024

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 : **12/03/2024** Le : **12/03/2024**

Signature de l'adhérent(e) :

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
12 Mars 2024	C			Cabinet Dr. OUKAL EL HAIFID Dr. d'Etat en Médecine Générale Rue de la Liberté Casablanca Tél: 05 22 31 47 17

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NOUVELLE CASABLANCA K. BOUZOUBAA 16, Bd de la Liberté - Casablanca Tél.: 05 22 31 47 17	12.3.2024	144,80

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	

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			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 00000000 35533411	MONTANTS DES SOINS
	D 00000000			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hafid OUKHLIFT

EX. MEDECIN CHEF DES F.A.R
 MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
 ET EUROPÉENNE DE CARDIOLOGIE
 MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
 DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
 CERTIFICAT DE LA FEDERATION
 INTERNATIONAL DU DIABÈTE ET DE U.E.M.S.
 ECHOGRAFHE
 HOLTER TENTIONNEL
 ECG

الدكتور حفيظ أوكيلift

طبيب ورئيس سابق بالقوات المسلحة الملكية

عضو منتب للجمعية الفرنسية

والأوروبية لأمراض القلب

عضو منتب للجامعة الدولية للضغط الشرياني

شهادة من الجامعة الدولية لداء السكري والاتحاد

الأوروبي للأطباء الأذربيجانيين

الكشف بالصدى (ايكوغرافي)

هولتير الضغط الدموي

تخطيط القلب

Casablanca, le

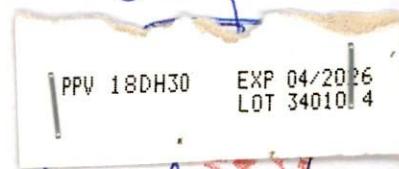
12 Mars 2024

11/2024 au 12/2024 18h20m

26,90 N.d = 275ml



18,30 Cl. 0 ml



97,70 J. d. A. c. C. 250 mg 1,2 N. SV



144,80 CABINET MÉDICAL Dr. OUKHLIFT HAFID Dr. d'Etat en Médecine Générale 58 Bd d'Alsace Casablanca

شارع الألزاس، الرقم 58، الطابق الثاني، بنجدية، قرب سوق بني بنجدة، الملاويين • الهاتف : 05 22 30 26 23

58, Bd d'Alsace, 2ème étage, Benjdia près du Marché • Casablanca • Tél.: 05 22 30 26 23

26679-01

COUNTER-INDICATIONS

- FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATIONS**

tear jaune (pour TRIATEC® 2,5 mg), oxyde de fer rouge (pour TRIATEC® 5 mg).

INDICATIONS

 - Insuffisance cardiaque.
 - Hypertension artérielle.
 - Insuffisance cardiaque.
 - Réduction de la mortalité en cas d'insuffisance cardiaque après la phase aiguë d'un infarctus du myocarde.
 - Néphropathie glomérulaire malifaise avec diabète.
 - Début de néphropathie diabétique chez les patients souffrant de diabète du type II et d'hypertension artérielle.
 - Maladie vasculaire avec athérosclérose établie (avec ou sans diabète de type II) : prévention de l'infarctus du myocarde, de l'accident vasculaire cérébral ou des déchets cardiovasculaires.

INDICATIONS

TIAFFC 5 mg. Ramipril prime.	TIAFFC 10 mg : Ramipril prime.	TRATEC 10 mg : Ramipril prime.	Excipients (communs) : hydroxypropylmethylcellulose, amidon de maïs pregelatinisé, cellulose microcristalline, stearyllumarate de sodium, oxyde de fer jaune (pour TRATEC® 2,5 mg), oxyde de fer rouge (pour TRATEC® 5 mg).
------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---

1982-83-84-85-86-87-88-89-90

Figure 1. The effect of the number of training samples on the performance of the proposed model.

on ne | 6 | 2

a litre

Events | Books | Art | Film | Music | Travel | Home | Food & Wine | Style | Sports | Technology | Business | Opinion

A standard linear barcode is positioned horizontally across the page, centered below the title and above the publisher information.

2010-11 学年第一学期期中考试卷

TRIADEG® 125 mg 25 mg 5 mg 10 mg

