

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothèse :

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

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

(23930)

Matricule : 0359

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAHLIR HAMID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661962504 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/04/2012

Age :

Nom et prénom du malade : 05 22 86 00 46 / 05 22 286 04 43

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :

Chahlier Hamid

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 21/06/2016 | CHIRG | 3000,00 | | Professeur CARDILOU Centre Cardio-Santécalmou 53 Avenue Hassan II Casablanca 046 05 22 86 01 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 07/01/20 | 730,20 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| 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 |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

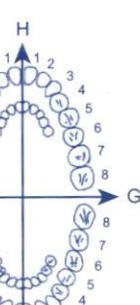
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

| 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 |

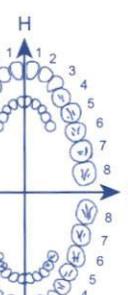
D

| | |
|----------|----------|
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

The diagram illustrates a circular arrangement of numbers 1 through 8, with a central point labeled H. Arrows indicate a clockwise flow starting from the top number 1 and moving through 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, back to 1, and finally down to 2 again. The numbers are distributed as follows: 1 at the top, 2 at the bottom, 3 at the upper-left, 4 at the lower-left, 5 at the lower-right, 6 at the upper-right, 7 at the upper-left, and 8 at the lower-left.

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|----------|----------|----------|----------|----------|--|----------|----------|----------|----------|----------|--|---|
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | <p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">H</td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">B</td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| H | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Dr. Saïd CHRAIBI

Professeur en Cardiologie
de la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ancien Médecin des Hôpitaux de Genève

Spécialiste des maladies du cœur
et des vaisseaux

Cardiologie adulte - Cardiologie pédiatrique
Hypertension artérielle - Echographie Doppler
Holter tensionnel - Holter rythmique - Epreuve d'effort



الدكتور سعيد الشرايبى

أستاذ في أمراض القلب
طبيب سابق بمستشفيات جنيف

أخصائي في أمراض القلب والشرايين
وارتفاع الضغط الدموي

الفحص بالصدى - الهولطير - الفحص بالجهد

Casablanca le :

07 JAV 2020

✓ dratu Hauss

58,10

✓ Cadeuhel ✓ S.V.

147,40 1 - 0 - 1

✓ Rozat ✓ 0 - 0 - 1

160,00

✓ Camy ✓ 0 - 0 - 0

✓ S.V.

✓ 31

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

✓ 27

97,70

of i u'at

S.V.



267,00

0 -

✓ Xatalco

S.V.

97,70

0 - 0 - 1

T = 739,20

Zay



Draissatou Binti Baid

CARDIOLOGUE

Abdelmoune Centre Argel 52 Andelmoune
et Anouar 5eme Elage - Casablanca

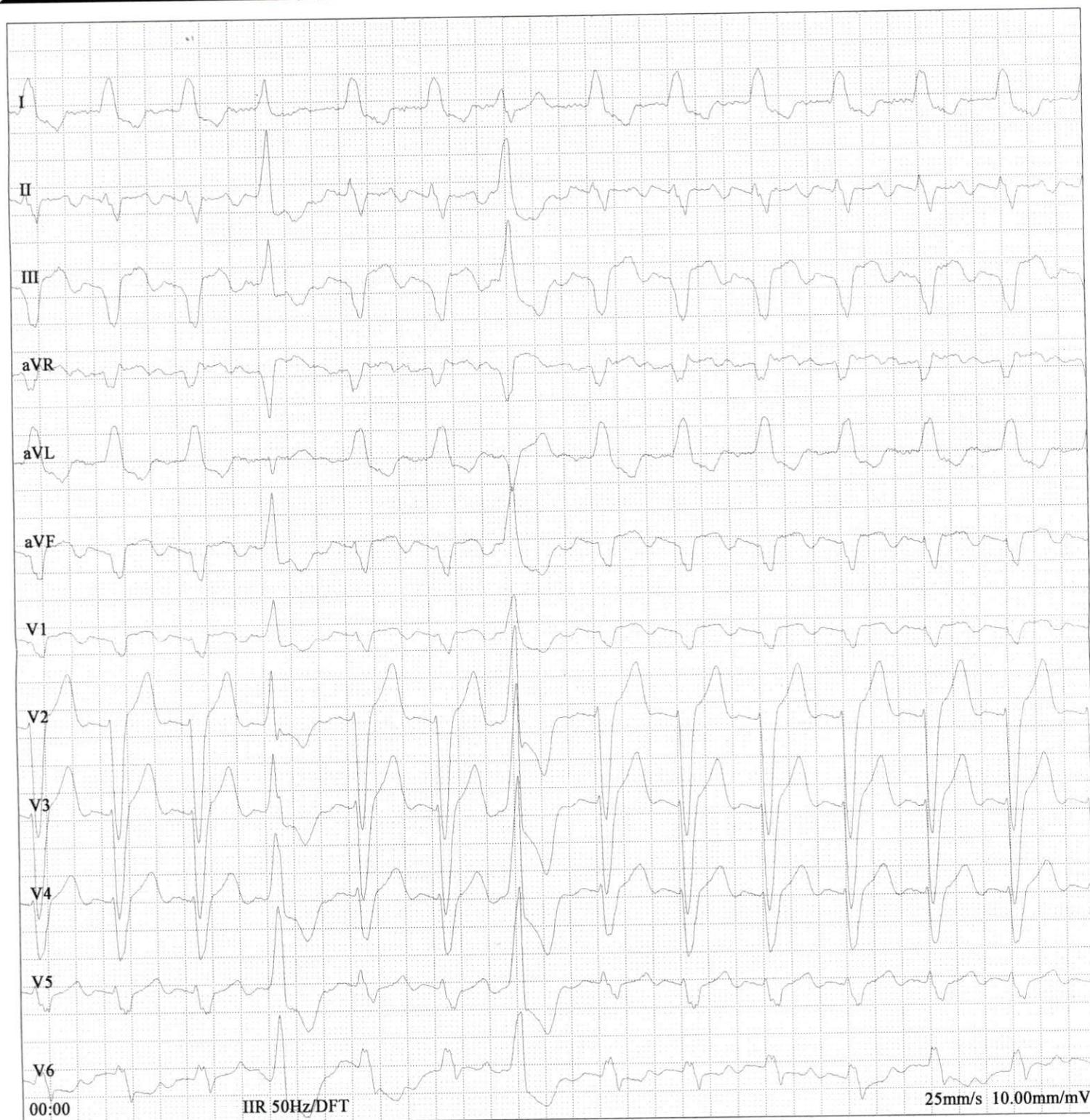
Tel. (06 22 87 00 46) / 05 22 86 04 46

Pr Said CHRAIBI

ECG

Nom : CHATIR HAMISex : Male Age :
SN : 0020304 Case No. : Lit No. :

Clinique N : Section :
Date : 07/01/2020 8:9:6



| | | Prompt: |
|---------------|--------|------------------|
| Fréquence: | 1000Hz | PR Interval: -- |
| Temps d'écha | 8s | QT Interval: -- |
| HR: | 102bpm | QTc Interval: -- |
| P Interval: | -- | P Axis: -- |
| QRS Interval: | -- | QRS Axis: -- |
| T Interval: | -- | T Axis: -- |

Pr Said CHRAIBI
Professeur de Cardiologie
Abdelmoumen Hospital - Casablanca
et Ancien chef de Clinique
Tél: 05286 60 46 / 0522 86 64 46
Signature Medecin :