

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.



Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2305

Société : RAM

Actif

Pensionnée

Autre

Nom & Prénom : NOURAZIZ

Naima

Date de naissance : 16/6/1952

Adresse : 710011000000000000

Tél. : 0660366456

Total des frais engagés : 1100,00

Cadre réservé au Médecin

DR. M. A. LAABI
CARDIOLOGUE
Rés. RIBH "D" Agdal 3d Bir Anzarane
Rue Caid Achaâl (face de Agence INWI)
Quartier Maârif Casablanca
Tel: 0522 99 20 88 - Fax: 05 22 99 20 87

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/05/2020

Nom et prénom du malade : NOURAZIZ NAIMA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie : depress

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

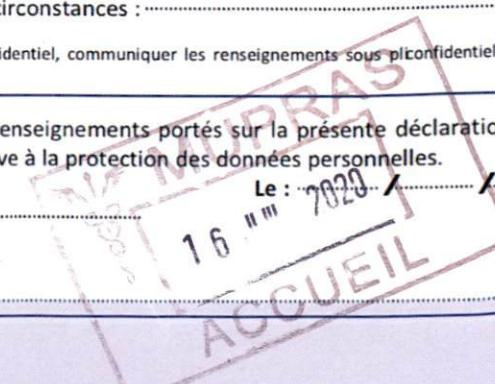
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'agent de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 16/05/2020

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-534397

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
29/07/2022	Consultation	300 din		INP: 103114661983 Sablanca 22.99.20.87 LA ABI
29/07/2022	consultation	300 din		LA ABI ROQUE CABINET ADOLE LE BIT Anzarane AGENCE INWII

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Rue Camille Faure 5 Rue de la Paix 75002 Paris Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : _____												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX _____												
				MONTANTS DES SOINS _____												
				DEBUT D'EXECUTION _____												
				FIN D'EXECUTION _____												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX _____												
	<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;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS _____
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS _____												
				DATE DE L'EXECUTION _____												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



Dr Naoufal Mamou
Oncologue-Radiothérapeute
Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

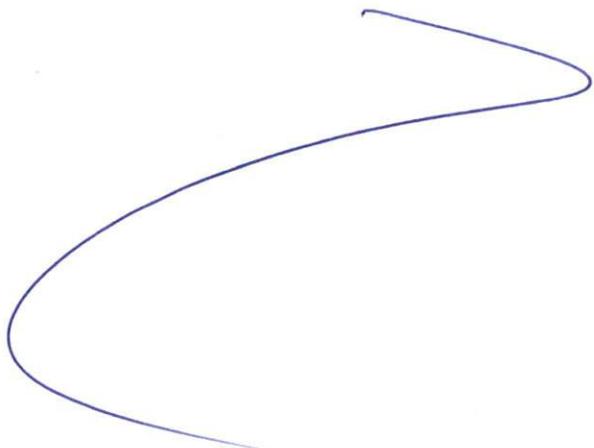
11/05/2020

Casablanca, le :

MME NOURAZIZ NAIMA

echographie cardiaque

bilan de contrôle de patiente sous herceptin



4, route de l'Oasis rue des Alouettes
Casablanca
Tél. : 0522 77 81 81
Fax : 0522 99 65 74
E-mail : naoufal.mamou@gmail.com
Site web : www.ciocasablanca.ma

 AKDITAL
Acteur de Santé

DR LAABI MOHAMED AMINE

CARDIOLOGUE

**RESIDENCE RIBH D ANGLE BD BIR ANZARANE RUE CAID EL ACHTAR
CASABLANCA.**

TEL : 0522992088

NOM : NOURAZIZ NAIMA DATE: 29/05/2020

NOTE D'HONORAIRES

Consultation et ecg = 300 DH.

Echographie doppler cardiaque= 800 DH.

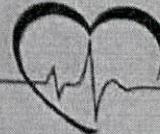
Total = mille cent dirhams.

*DR: M. A. LAABI
CARDIOLOGUE
Rés: RIBH "Quartier Côte de Agence (NW)
RUE Caid AÏT ABBEY - Casablanca
Tél: 0522 912088 - Fax: 0522 992087*

CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES
عيادة فحص وتشخيص أمراض القلب والشرايين

Dr Mohamed Amine LAABI

CARDIOMÉDECIN
 Cardioangiologie Générale et Interventionnelle



الدكتور محمد أمين لببي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
 و علاج القلب التداخلي

NOM: NOURAZIZ NAIMA

DATE: 29/05/2020

Cher ami,

Je te remercie de m'avoir adressé Mme NOURAZIZ NAIMA 69 ans qui est actuellement sous héparine.

Pas d'antécédents cardiovasculaires connus.

TA = 130/70 mmhg gauche, FC=72 /mn.

Pas d'angor, dyspnée 2-3/4 NYHA habituelle, pas de syncope, pas de palpitations

L'examen cardiaque est sans anomalie significative.

L'ECG s'inscrit en rythme sinusal sans troubles significatifs de la repolarisation . idem référence.

L'ETT révèle une FEVG à 70 % ci-joint CR. Idem référence.

AU TOTAL : pas d'anomalie cardiovasculaire significative.

Sincèrement

DR. M. A. LAABI
 Cardiologue
 BP 10000
 Avenue de l'Indépendance
 10000 Casablanca
 Maroc
 Tél: 05 22 71 11 Email: Dramineel@yahoo.fr

Agence ZIARI SOUAD
 10000 Casablanca
 Maroc
 Tél: 05 22 71 11 Email: Dramineel@yahoo.fr

