

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



Déclaration de Maladie

N° W19-554729

ND: 39149

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1954

Société :

LAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

LAMARAS SMAR

Date de naissance :

26-07-59

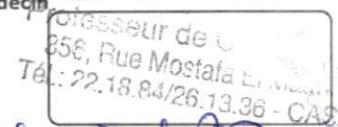
Adresse :

0661586922

Total des frais engagés : 1286,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



MUPRAS

Date de consultation :

24/07/2020

Age:

Nom et prénom du malade :

17 SEP. 2020

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HIA e Ango

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 :

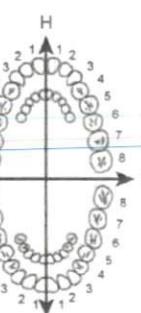
Signature de l'adhérent(e) :

Grat

Le : 24/07/2020

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
26/11/2023	20203	1x16 W	300 DH	INP : 123456789 Signature du Médecin Date : 26/11/2023 Signature de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSP) Signature de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSP)

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																									
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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																					
		INP : <input type="checkbox"/>																							
		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>																							
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																							
		DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																							
		FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																							
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		
H		G																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>																							
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																							
		DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>																							
		DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>																							



valable 3 mois

Le 24.12.2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Louisa El Maâni*

Présente

Me HIA + Roger

Nécessitant un traitement d'une durée de :

les 163) mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca

Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

ال اختصاص في أمراض القلب والأوعية الدموية

جامعة كلية الطب بادرس

فحص القلب بالد

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter

Patient:

Casablanca, le

- 4 - JUIL - 2020 -

Smets

Thomas

~~I. T. außer~~ 80
81. 1. & lebe

Amelia

136, 8.0+

91.80%

2
256 Rue de Cardinale
93560 Esbly
France
Tel: 01 49 99 06 33
Fax: 01 49 99 06 33

~~cycles~~

986, 20



356. نَقْة مَصْنُوفِ الْمَعْانِي (قَبْ نَقْة أَكَادِير) - الدَّارُ السَّبَّاعِي

356 Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

Tél: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél/Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IE : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
L.O.T : 196004
P.R.V : 21DH80
PER.:06
2021



الحفظ: يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية
الانتاج: 2021-06-19 - المانع: العلامة الماركة، دوستي، الـ 11، المـ 2

ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
L.O.T : 196004
P.R.V : 21DH80
PER.:06
2021



الحفظ: يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية
الانتاج: 2021-06-19 - المانع: العلامة الماركة، دوستي، الـ 11، المـ 2

ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
L.O.T : 196004
P.R.V : 21DH80
PER.:06
2021



الحفظ: يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية
الانتاج: 2021-06-19 - المانع: العلامة الماركة، دوستي، الـ 11، المـ 2

ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
L.O.T : 196004
P.R.V : 21DH80
PER.:06
2021



الحفظ: يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية
الانتاج: 2021-06-19 - المانع: العلامة الماركة، دوستي، الـ 11، المـ 2

ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
L.O.T : 196004
P.R.V : 21DH80
PER.:06
2021



الحفظ: يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية
الانتاج: 2021-06-19 - المانع: العلامة الماركة، دوستي، الـ 11، المـ 2

Lot n° :

EXP :

PPV :

81,00

6 118000 071556



TANZAA'R® 50 mg
28 comprimés pelliculés



Lot n° :

EXP :

PPV :

81,00

6 118000 071556



TANZAA'R® 50 mg
28 comprimés pelliculés



Lot n° :

EXP :

PPV :

81,00

6 118000 071556



TANZAA'R® 50 mg
28 comprimés pelliculés



Lot n° :

EXP :

PPV :

81,00

6 118000 071556



TANZAA'R® 50 mg
28 comprimés pelliculés





56 COMPRIMÉS



5 mg

Amloz®

UT.AV : 4 2 0 2 3 P.P.V. 1 3 6 6 0

LOT N° : 1 2 9 0 3 4 5

136,60



56 COMPRIMÉS



5 mg

Amloz®

UT.AV : 1 2 2 6 9 2 P.P.V.

1 3 6 6 0

LOT N° : 1 2 8 5 6 9 2

136,60



Simvastatin

10

bottura

82, Allee des Casuarinas - A
S. Bachuchi - Pharma



PPV : 70DH00

PER : 11/21

LOT : 12680



Simvastatin

10

bottura

82, Allee des Casuarinas - A
S. Bachuchi - Pharma



PPV : 70DH00

PER : 11/21

LOT : 12680



Simvastatin

10

bottura

82, Allee des Casuarinas - A
S. Bachuchi - Pharma



PPV : 70DH00

PER : 11/21

LOT : 12680



Simvastatin

10

bottura

82, Allee des Casuarinas - A
S. Bachuchi - Pharma



PPV : 70DH00

PER : 11/21

LOT : 12680

LAMRANI, OMAR
ID:

0yr
Unknown

~~Comment~~

24-Jul-2020 14:47:43

Vent rate: 56 BPM
PR int: 183 ms
QRS dur: 77 ms
QT/QTc: 387 / 378 ms
P-R-T axes: 60 34 25

BRADYCARDIE SINUSALE

ECG NORMAL

ATTENTION: LA QUALITE DES DONNEES PEUT INFLUENCER L'INTERPRETATION

Revu par _____



Site Zero

Site # 0 Cart # 0 ELI Link 4.11.6.0 Sequence # 41386 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz