

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.

N° W19-548261

ND- 53383

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 867			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LAMDAAGHRI			
Date de naissance : 1942			
Adresse : 80, Bd Sidi Abdessrahmane			
Tél. : 066097638			
Total des frais engagés : 3404,10 DHS			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> DR ALAMI M Professeur en Cardiologie 264, Bd. Sfandi - Casablanca tél. 05 22 35 01 12/06 61 15 78 </div>			
Date de consultation : 10/12/2020			
Nom et prénom du malade : LAMDAAGHRI Lalla ZAHRA Age: 78 ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : FAI sous Anticoagulants			
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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/12/2020

[Signature]

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
10 DEC 2020	consultation Cancéro	300	94	INP : 910055201 Dr. A. M. en Cardiologie Professeur en Cardiologie 264, Bd Zighani Casablanca Tél. 022 550 1543 61 1578 06

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. SENHAJAH ABDELHAMID Pharmacie SENHAJA HEALTH 98-100, Rue Capitaine L'OUBEI KHALIFI Hay Mohammadi - CASABLANCA Tél : 0522.42.39	10/12/20	3104,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>DRS 14/4</i>			

AUXILIAIRES MEDICAUX

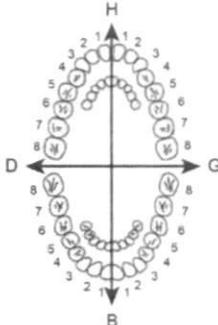
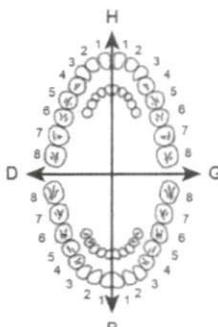
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

valable 3 mois

Le 10 DEC. 2020/20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Dr. ALAMI M
Professeur en Cardiologie
264, Bd. Ghandi - Casablanca
Tel. 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-00

Certifie que Mlle, Mme, M. : LAMOAGHRI LALLA ZAHRA

Présente

me Fibulation Atrial bire Pas Anticoagulants

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois renouvelable

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr. ALAMI M
Professeur en Cardiologie
264, Bd. Ghandi - Casablanca
Tel. 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-00

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex: Rue Heintz) - Casablanca

Dr Alami Mohamed
Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi.
Residence Jawhara
Casablanca 20200

ORDONNANCE

10/12/2020

LAMDAGHRI LALLA ZAHRA

184,00 x 3



XARELTO 20

1cp /J

50,70 x 3



CARDENSIEL 2,5

1cp /J

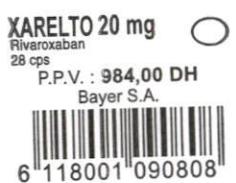
T = 3104,10



Pharmacie SENHAJA HEALTH
Dr. SENHAJI ABDELHAMID
98-100, Rue Capitaine LOUBEI KHALIL
Hay Mohammed CASABLANCA
Tél : 0522 62.38.14

Dr. ALAMI M
Professeur en Cardiologie
264, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél. 05 22 390112 100661 15 78 06

3104,10



Fiche de Consultation du 10/12/2020

LAMDAGHRI LALLA ZAHRA

Terrain Atopique: NON

Regime

Poids 71 Kg

Indice de Masse 27,7 (Norme: 20 à 25)

Risque CV %

TA 140 / 70 mmHg

Frequence Card 81 c/mn

Medicaments Prescrits

XARELTO 20

CARDENSIEL 2,5

Examens Demandés

Radiologie

Biologie

Avis

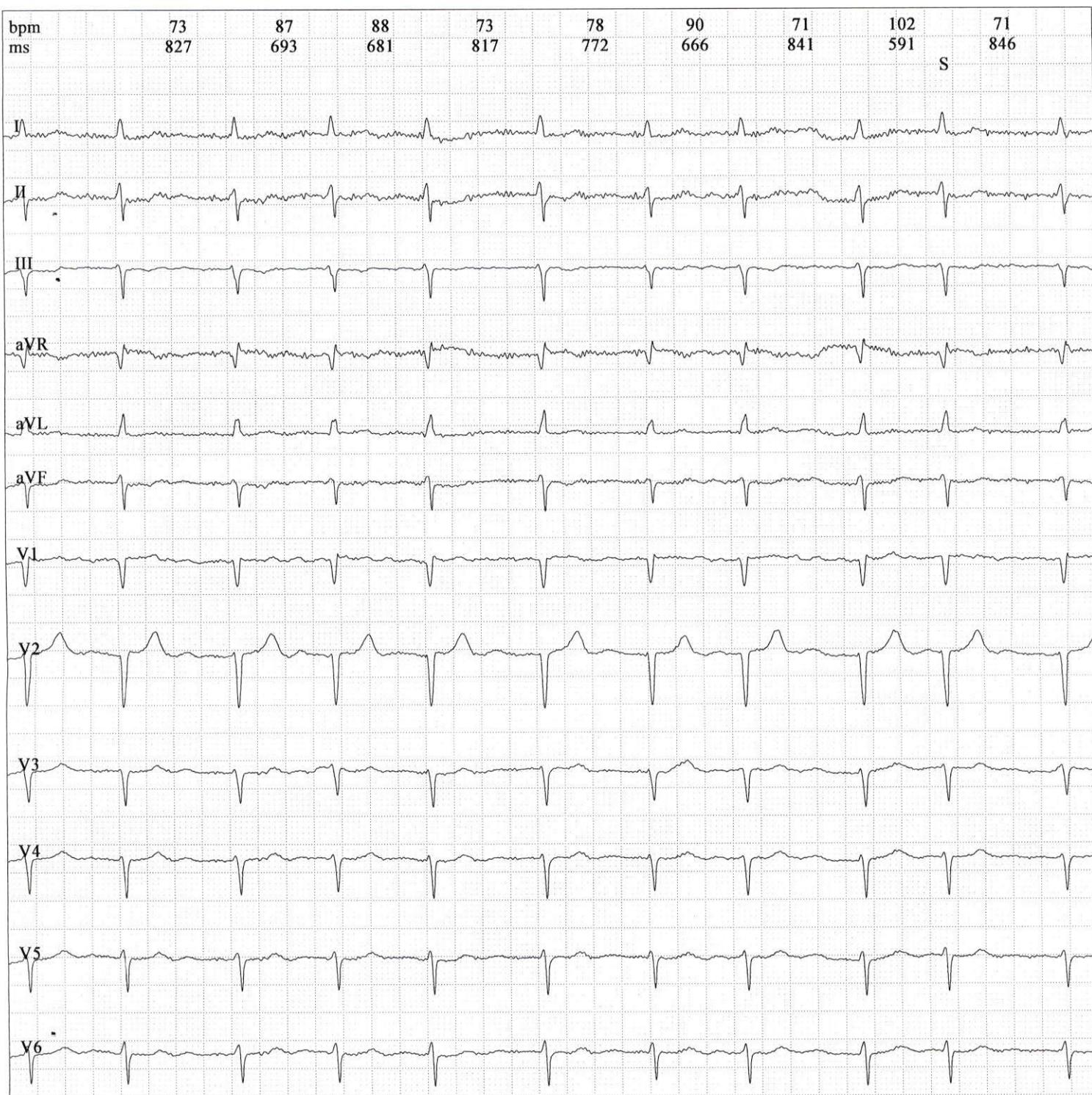
Notes

Prochain RV 10/03/2021 10:30:00

Pr ALAMI Mohamed (S1)

ECG

Nom : LAMDAGHRI LSdx :	Female	Age : 78Y	Clinique N :	Section :
SN : 0011693	Case No. :	Lit No. :	Date :	10/12/2020 9:53:50



Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	--	Prompt:
Temps d'écha	15s	QT Interval:	384 ms	
HR:	81bpm	QTc Interval:	446 ms	
P Interval:	--	P Axis:	--	
QRS Interval:	82 ms	QRS Axis:	-41.20°Cb	
T Interval:	186 ms	T Axis:	-3.10°Cb	

Dr. ALAMI M
 Professeur en Cardiologie
 264, Bd. Ghandi - Casablanca
 Tél. 05 22 39 01 12/03 61 15 78 06

Signature Médecin :