

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01713 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ISMAILI LHASSANE

Date de naissance : 01-07-1955

Adresse : LOT SOUFAA N°56 DEROUA

Tél. : 066.115.574.3 Total des frais engagés : 2397,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/09/2009

Nom et prénom du malade : Mme ISMAILI MALIKA Age : _____

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ACPA

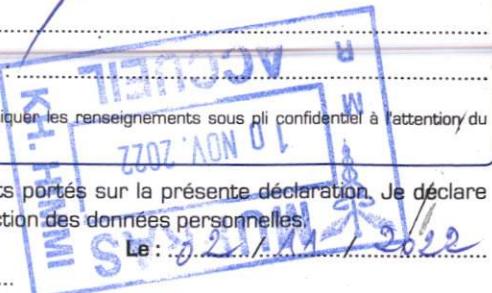
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : DEROUA

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 22/09/2009

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
21.9.92	CS + ECG		250.00 DH	DR MOURID MOUAYAD IMMEDIATE DIAR EL ALAOUI APP 4 TAGEZ BOUA 74 / 0660627007 259198

A rectangular stamp with a blue circular logo in the center. The logo contains the word "TANGER" at the top and "IMMOBILIEN DIAR EL ALAOUI" around the bottom. Above the logo, the text "IMMOBILIEN" is written vertically. Below the logo, there is a handwritten signature.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 N° 210 LOT EL WAHDA II DEROUA S.A.R.L. Tél: 05-22-53-28-58	 N° 210 LOT EL WAHDA II DEROUA S.A.R.L. Tél: 05-22-53-28-58	2143,70

Montant de la Facture

2143.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ID:

ISMAILI MALIKA

TAILLE: --- POIDS: --- TA: ---/---

TRAITEMENT:

OPÉRATEUR:

NOTES:

21/09/2022 15:23:53

FC: 70 bpm
PR: 174 ms
QRSd: 106 ms
QT/QTc: 426/443 ms
QTcB: 460 ms
QTcF: 448 ms
Rv5-Sv1: 0,74/0,88 mV
Sok-Lyon: 1,62 mV
AXES: 44-47/77 °

Rythme sinusal

--- Interprétation effectuée sans connaître l'âge/sexe du patient ---
Bloc du faisceau antérieur gauche
Hypertrophie ventriculaire gauche
ECG anormal

Non confirmé



DR. EL MOURID LYONIA
UNISEXENT NASSIM, IMMEUBLE ELIANE EL ALICIA
TER ETAGE DECOUPE
TEL: 0522931674 / 056062700
NPE: 061259198

Dr.EL MOURID Monia
Cardiologue

Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca
Diplômée de l'Université Paris Descartes en cardiologie pédiatrique
Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd - Casablanca
Ancien médecin interne des CHU de Paris
Praticien attachée à l'hôpital universitaire CHEIKH KHALIFA

Echographie doppler cardiaque et vasculaire

Echocardiographie de stress

Holter ECG/ Holter Tensionnel / Epreuve d'effort



الشرايين
د. البيضاء
جامعة باريس
ن رشد - الدار البيضاء
جامعة باريس
ليلة
وابن

370,00

370,00

21 Sep. 370,00

ORDONNANCE

Mme ISMAILI Mal

370,00 X 3

1/ REXABAN 20MG

1cp/j le matin

103,40 X 4

2/ TAHOR 20 MG COMPRIME PELLICULE

1 cp le soir

4,70 X 6

3/ XEDILOL 25 MG COMPRIME SECABLE

1cp*2/j

89,70 X 3

4/ CORDARONE 200 MG COMPRIME SECABLE

1 cp le matin

Traitement pendant : 3 Mois

69,00

2143,70



الاول-الدواء
Lotissement Nas
052031674

LOT: 220441
DU: 06/2025
69,00 DH

التسليم
app N°4 1er
elmourid@

370,00

UT. AV.: 01 2025 P.P.V

LOT N°: 103 / 40 FW7215

103,40

103,40

LOT N°: 01 2025 FW7215

P.P.V

UT. AV.: 01 2025 P.P.V

LOT N°: 103 / 40 FW7215

89,70

89,70

89,70

LOT 220596
EXP 02 2025
PPV 47 00

LOT 220596
EXP 02 2025
PPV 47 00

LOT 220596
EXP 02 2025
PPV 47 00