

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Autres

MUPRAS
RECEPTION

Matricule :	01713	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		Ismaili Lhassane	
Date de naissance :		01-07-1955	
Adresse :		LOT EL OUAFIA N°56 DEROUA	
Tél. :	0661155743	Total des frais engagés :	122080 Dhs

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin	DR. EL MOURID MONSI
CARTE D'ACCUEIL L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA MUPRAS LOTISSEMENT NASSIR, IMMEUBLE NASSIR, ALAOUI, APF - 1ER ETAGE, DEROUA TEL: 0522031674 / 05653327007 INPE: 061259198	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	21/09/2018
Nom et prénom du malade :	H. ISMAILI LHASSANE
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : DEROUA Le : 02/11/2018

Signature de l'adhérent(e) : 

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
21.9.22	CS + ECG		250.00 DH	RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES DU MÉDECIN EL ALAOUI TÉL: 0525 32858 N° 32858-PHARMACIE BEN CHADJ EL WADDA DU FOURNISSEUR EL ALAOUI DEROUA TÉL: 0525 32858

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES DU MÉDECIN EL ALAOUI TÉL: 0525 32858 N° 32858-PHARMACIE BEN CHADJ EL WADDA DU FOURNISSEUR EL ALAOUI DEROUA TÉL: 0525 32858	21 09 2022	970.80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

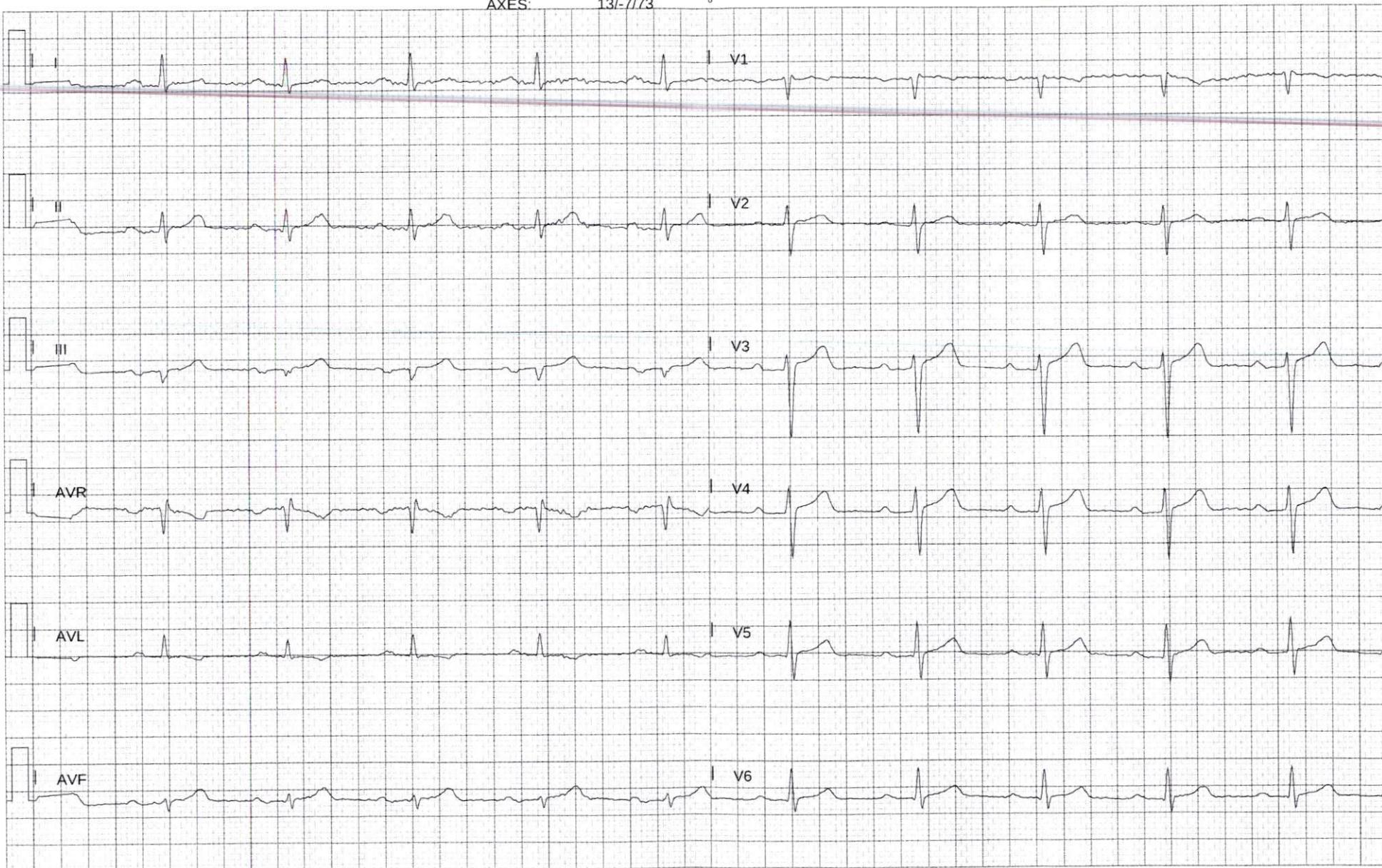
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ID: Mr ISNAÏLI L'HASSANE
HOMME ---
TAILLE: --- POIDS: --- TA: ---/---
TRAITEMENT:
OPÉRATEUR:
NOTES:

21/09/2022 15:43:18
FC: 64 bpm
PR: 246 ms
QRSd: 78 ms
QT/QTc: 402/409 ms
QTcB: 415 ms
QTcF: 410 ms
Rv5-6/Sv1 0,61/0,40 mV
Sok-Lyon: 1,01 mV
AXES: 13/-7/73 °

Rythme sinusal avec bloc A-V 1er degré
--- Interprétation effectuée sans connaître l'âge du patient
rSr'(V1) - variant normale probable
ECG abnormal
Non confirmé

DR. EL MOURID MONIA
LOTISSEMENT HASSIM, IMMEUBLE BIAR EL ALAOUI APP' 1
1ER ETAGE, DEROUA
TEL: 0522031674 / 0660627007
INPE: 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
Praticienne attachée à l'hôpital universitaire CHEIKH KHALIFA



د.المريدي مني

أخصائية في أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب والصيدلة الدار البيضاء
دبلوم أمراض القلب للأطفال بجامعة باريس
طبيبة داخلية سابقة بمستشفى ابن رشد - الدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقة بالمستشفيات الجامعية بباريس
طبيبة بالمستشفى الجامعي الشيخ خليفة

الشخص بالدني الصول للقلب والشرايين

فحص القلب بالصدى عند الهدوء

العنوان: رقم 20 شارع العرش، الدار البيضاء، خطوط الجهد
21 septembre 2022

ORDONNANCE

Mr. ISMAILI Lha

95,00 x 3

1/ XEDILOL 25 MG COMPRIME SECABLE

1/2*2 cp le matin

114,30 x 6

2/ CO ANGINIB 50/12.5

2 cp le matin

970,80

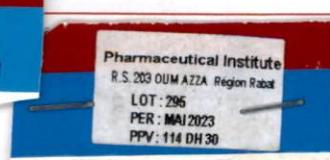
Traitement pendant : 3 Mois

95,00

تيلسيتون

LOT 210766
EXP 03 2025
PPV 95.00 DH

95,00



تجربة التسليم رقم 26
Sous App N°4 1er étage - Deroua
net.drelmourid@gmail.com