

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.

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° M20- 0003227

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

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 EL OUAFIA N°56 DEROUA

Tél. : 0661155743 Total des frais engagés : 122080 Dhs

Cadre réservé au Médecin DR. EL MOURID MONI

Cachet du médecin :

LOTISSEMENT HASSANI, 1ER ETAGE, DEROUA
TEL: 0522037674 / 05220327007
INPE: 061259198

Date de consultation : 21/09/22

Nom et prénom du malade : M. ISMAILI LHASSANE Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : 22/11/2022


Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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	C.S + ECG		250.00 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/09/2022	970.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

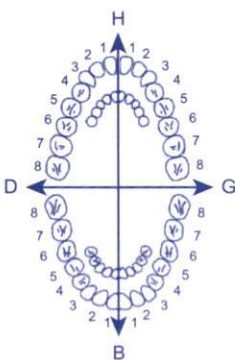
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> B 00000000 35533411 </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
[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: **ISNAÏLI LHASANE**
HOMME ---
TAILLE: --- POIDS: --- TA: ---
TRAITEMENT:
OPÉRATEUR:
NOTES:

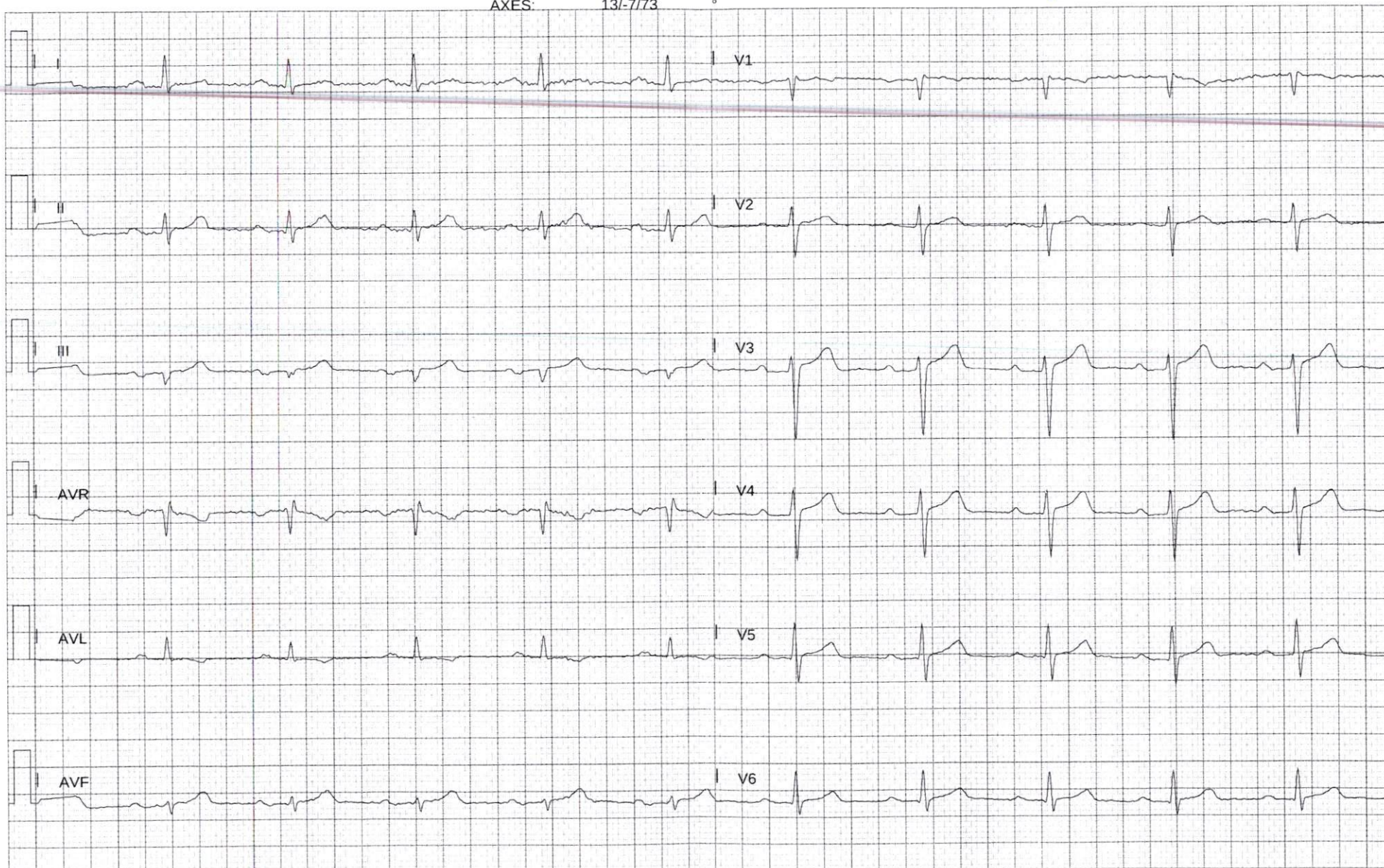
21/09/2022 15:43:18
FC: 64
PR: 246
QRSd: 78
QT/QTc: 402/409
QTcB: 415
QTcF: 410
Rv5-6/Sv1: 0,61/0,40
Sok-Lyon: 1,01
AXES: 13/-7/73

bpm
ms
ms
ms
ms
ms
mV
mV
°

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

Non confirmé

DR. EL MOURID MONIA
CARDIOLOGUE
LOTISSEMENT NASSIM IMMEUBLE DIAR 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
Praticien attachée à l'hôpital universitaire CHEIKH KHALIFA

Echographie doppler cardiaque et vasculaire
Echocardiographie de stress
Holter ECG/ Holter Teussoumel / Epreuve d'effort



د.المريد منى

أخصائية في أمراض القلب والشرانين

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 باريس
طبيبة بالمستشفى الجامعي الشيخ خليفة

العضو بالجمعية الوطنية للقلب والشرانين
فحص القلب بالصدى عند الجهد

21 septembre 2022

ORDONNANCE

Mr. ISMAILI Lha

95.00 x 3

1/ XEDILOL 25 MG COMPRISE SECABLE

1/2*2 cp le matin

114.30 x 6

2/ CO ANGINIB 50/12.5

2 cp le matin

Traitement pendant : 3 Mois

95,00

LOT 210766
EXP 03 2025
PPV 95.00 DH

95,00

LOT: 304
PER: SEP 2023
PPV: 114 DH 30

LOT: 311
PER: NOV 2023
PPV: 114 DH 30

LOT: 304
PER: SEP 2023
PPV: 114 DH 30

LOT: 308
PER: OCT 2023
PPV: 114 DH 30

LOT: 308
PER: OCT 2023
PPV: 114 DH 30

Pharmaceutical Institute
R.S. 203 OUM AZZA Region Rabat
LOT: 296
PER: MAI 2023
PPV: 114 DH 30

تجرته النسيم رقم 26
Jou App N°4 1er étage - Deroua
net.dreilmourid@gmail.com