

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

M22- 0028765

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 03631

Société : 144020

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL JABIDI ABDELAZIZ

Date de naissance : 30-06-1960

Adresse : 1

Tél. : Total des frais engagés : 300 + 2202,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin.

Date de consultation : 26/12/2011

Nom et prénom du malade : El fadil Abdellah Age: 63ans

Lien de parenté : Soi-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète + Coronarien

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 Le : 30/12/2011

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
26/12/2021	CSHE6		300DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26.12.21	22.02.90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, 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 PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	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

Dr. Lalla Jihane EL JAOUHARI

الدكتورة للا جهان الجوهرى

- ❖ Spécialiste en Cardiologie
- ❖ Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat
- ❖ Diplômée en Echocardiographie de la Faculté Victor Segalen, Bordeaux II - France
- ❖ Ex. Médecin au CHU Ibn Sina - Rabat
- ❖ Ex. Médecin à l'Hôpital militaire d'instruction Med V - Rabat



❖ اختصاصية في أمراض القلب

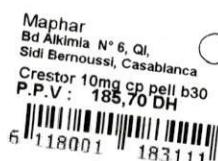
❖ خريجة كلية الطب بالرباط

❖ خريجة كلية الطب فيكتور سيميلين بوردو فرنسا
في تشخيص أمراض القلب بالصدى

❖ طبيبة سابقة بالمركز الاستشفائي ابن سينا بالرباط

❖ طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط

Le 26/12/2022.



MR EL Fadiel Abdelaaziz

S.V.

1cp midi

S.V.

Coplax:

270,00
x 3

Crestor 10: **S.V.**

185,70
x 3

Vastarel 30mg: **S.V.**

112,50
x 3

Carox 6,25mg: 1/2 cp midi

44,00
x 3

Triptec 5mg: **S.V.**

122,70
x 3

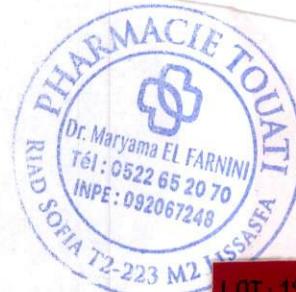
2202,90

122,10

122,10

tu 3 mois.

122,10



LOT: 196
PER: AVR 2025
PPV: 44 DH 00

LOT: 196
PER: AVR 2025
PPV: 44 DH 00

LOT: 196
PER: AVR 2025
PPV: 44 DH 00



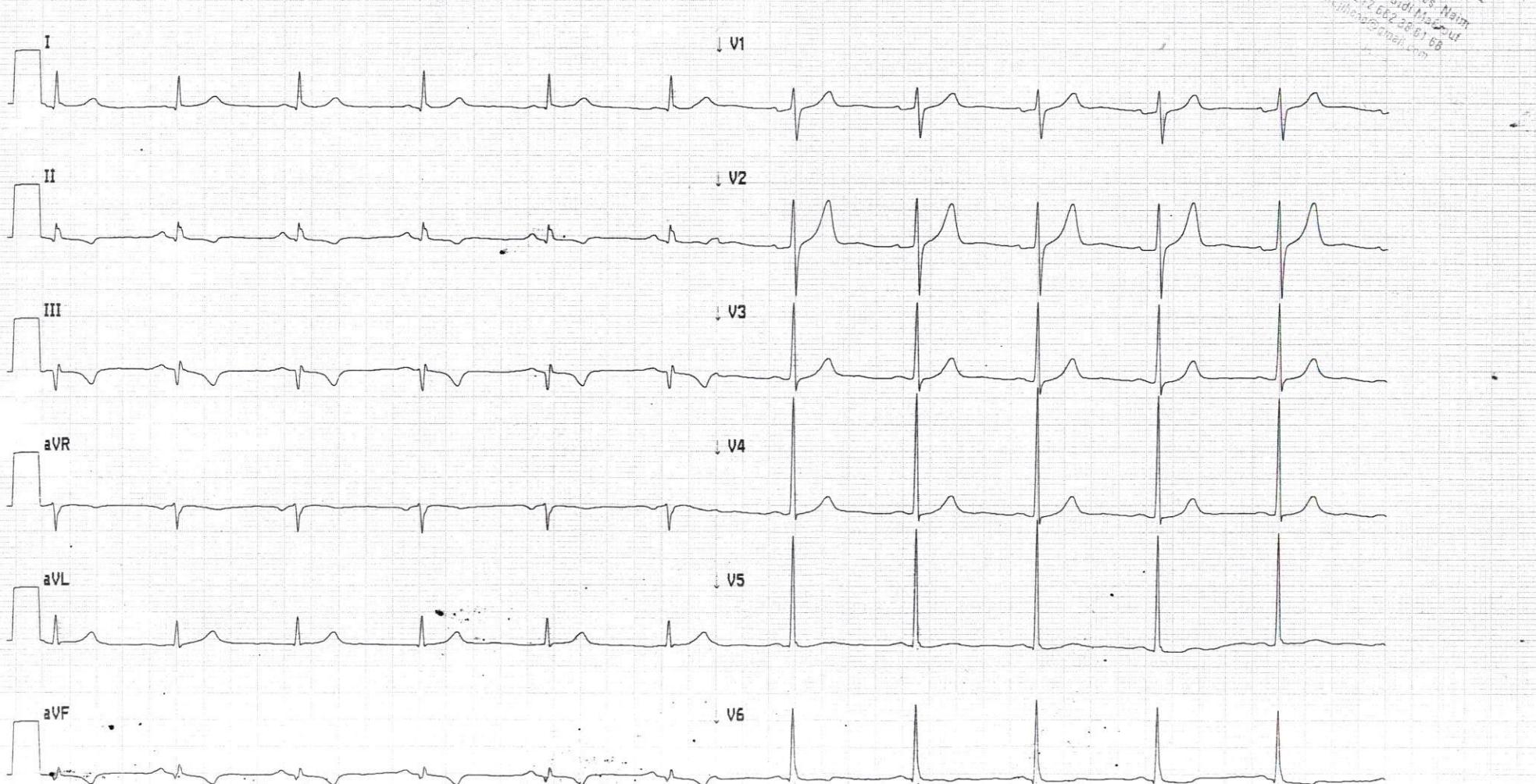
El jadid, Abdeleziz
ID:
D-naiss:
ans,

26-Déc-2022 12:34:28

Fréq. Card.: 65 BPM
Int PR: 160 ms
Dur.QRS: 81 ms
QT/QTc: 371/383 ms
Axes P-R-T: 69 3 -45

TA: 149 | 82 mmHg

Dr. Jihane EL JAOUHARI
Cardiologue
Bakr El Kadiri Res. Nain
3ème étage App. 9 Sidi Bel Abbès
Tunisie
GSM: +212 662 28 81 68
www.eljaouhari.com



Casablanca le 26/12/2021.

Facture n° 603 / 2022

Arrêté la présente facture au nom de MR/Mme :

Pour prestation au cabinet comprenant :

El Jazid
Ahmed Elazziz

- CS + ECG

À la somme de 300 DH dirhams

Je vous remercie de votre confiance

Bien cordialement

