

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 rééductions.
- 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

- Reclamation : 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.

M22- 0023248

M.A.L.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 555 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SOUHNAIL

ABDELMAJID

Date de naissance : 01/01/1963

AUG 17

Adresse : Habituelle

Tél. : 0662 18 30 90

Total des frais engagés : MFS 10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/02/2023

Nom et prénom du malade : Dr Souhnail Abdelmajid Age : 57 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : HTA

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 : CASA

Le 09/02/2023

Signature de l'adhérent(e) : *SP. H. GUEIL*



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HILAL LAABOUDI Selwa 77, Rue Al Bachir Laâlaa Cité Plateaux - Casablanca 0322 25 96 06 - ICP 1111111111111111	10/02/23	511,90
	02/03/23	
	23/03/23	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cache et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	09/02/2023	31660	365,30 pec

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
		<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												



- Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Ancien Médecin à l'Hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca
- Ancien Interne des CHU Ibn Rochd de Casablanca et de Nancy
- Diplômée en Echocardiographie Doppler de l'Université Bordeaux II
- Diplômée en Ultrasonographie Vasculaire de l'Université Pierre et Marie Curie - Paris VI

Casablanca, le 10/02/2023

Nom et Prénom : Mr SOUHAIL ABDELMAJID

ORDONNANCE

1. BONNE HYDRATATION (3 L d'eau/ jour)

2. RÉGIME PEU SALÉ

3. ACTIVITÉ PHYSIQUE MODÉRÉE RÉGULIÈRE

4. BIPRETERAX 5 /1,25 mg :

1 comprimé / jour le matin

5. ANGLOR 5 mg :

1 comprimé / jour le soir

D CURE FORTE 100 000 UI :

1 ampoule / mois (2 mois)



PPV 43 PH 00
PER 11/24
LOT L3883

PPV 43 PH 00
PER 11/24
LOT L3883

PPV 43 PH 00
PER 11/24
LOT L7883

PPV: 49,60 DH
LOT: 22127
EXP: 09/2025

TTT pendant 3 mois

Nouhad JARDI
Cardiologue
3, Bd Oum Rabia, 2ème étage Oufa
Hay Hassan - Casablanca
Tél.: 05 22 89 54 25 - 05 22 89 43 68 68
INPE N° 09176479

الدكتورة نهاد جردي

أخصائية في أمراض القلب والشرايين

• خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

• طبيبة سابقاً بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء

• طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء و بمستشفى نانسي بفرنسا

• دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا

• دبلوم فحص الشرايين والأوعية بالصدى من جامعة بير

و مري كري بباريس

الدار البيضاء في

CABINET DR JARDI NOUHAD

Nom : SOUHAÏL ABDELMAÏD 6777

Sex : Male Case No. :

ECG

Age : 59Y Lit No. :

Clinique N : Date : 10/02/2023

Section :

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	164 ms	Prompt:
Temps d'écha	18s	QT Interval:	385 ms	
FC:	78bpm	QTc Interval:	440 ms	
P Interval:	91ms	P Axis:	58.30°Cb	
QRS Interval:	92 ms	QRS Axis:	20.20°Cb	
T Interval:	216 ms	T Axis:	38.40°Cb	

P = 32ms
TA = 270ms
HR = 78bpm
Cadiologie Dr Nouhad JARDI
3, Bd du m Rabbâa, Zem Zem, Casablanca, Maroc
tél : 05 22 89 54 25, 05 25 17 64 79
Fax : 05 22 89 54 25, 05 25 17 64 79
e-mail : drnouhadjardi@outlook.com

Signature Medecin :

