

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 | adhésion@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.



Déclaration de Maladie

N° W21-774859

159059

Optique

Autres

Société :

RAM

Autre :

LABIAD MBAREK

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

0784

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

01/07/1947

Date de naissance :

HAY EL HANA

Adresse :

RUE EL MDAGHRA

Tel. :

0605143647

Total des frais engagés :

526,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

24/02/2023

Age :

Enfant

Nom et prénom du malade :

DR. GA. HAY EL HANA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

DR. GA. HAY EL HANA

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 : 07/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

DR. GA. HAY EL HANA

| RETOUR DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | |
|--------------------------------|------------------|-----------------------|--------------------------------|--|
| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraire | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| 24/02/2013 | 04 + 50 | 250 | 250 | INF : 04/03/2013 |
| | | | | 04/03/2013 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|--|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE EL JAQUI Dr. JAQUI Bouchra Rue 22 N° 36 Hay El Hana Casablanca Tel.: 032 39 91 24 | 27/02/23 | Dr. Afghan Bouchra Dr. Hay Hana Casablanca Montant de la Facture |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|--|------------------|--|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|
| Le praticien est prie de preciser 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 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| G | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | |

Docteur Hayat NAJIH

Cardiologue



الدكتورة حياة ناجح

اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien interne à l'hôpital de la Timone à Marseille

Ancien interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Diplômée en Echocardiographie de l'Université Bordeaux Segalen

Diplômée en cardiologie pédiatrique de l'Université Paris Descartes

Diplômée en imagerie vasculaire de l'Université Paris Sud

خريجة كلية الطب في الدار البيضاء.

طبيبة «اختلية سابقاً بمستشفى مارسيليا بفرنسا

طبيبة «اختلية سابقاً بمستشفى ابن رشيد بالدار البيضاء».

حاصلة على شهادة فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا

حاصلة على شهادة فحص الشرايين والروية المعوي من جامعة باريس

حاصلة على شهادة أمراض القلب للأطفال من كلية الطب بباريس

Casablanca, le : 24/02/2023

Dr. Hayat Najih

2

Conversyl Syrup

92.00
x 3

1 - 0 - 0

SV

276,00

PHARMACIE EL JAQUI
Dr. JAQUI Bouchra
Rue 22 N° 30 Hay El Hania
Casablanca
Tél. 0522 39 91 24

Dr. NAJIH Hayat
Cardiologue
Bd Afghanistan, Derb Houria
Hay Hassan, Casablanca
INPIE: 09111

92,00

92,00

92,00

11

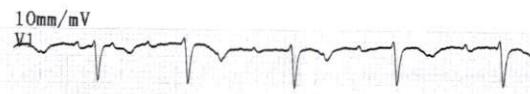
24/02/2023



Bd. Afghanistan, Derb Houria, Bloc 225, N°1, 2ème Etage, Hay hassani, Casablanca

شارع أفغانستان درب الهرية ، بلوك 225، رقم 1، الطابق الثاني، الحم المحسن، الدار البيضاء.

Tél. : 05 22 90 70 51 - GSM : 06 62 69 23 99



cabinet dr najih hayat
2023-02-27 12:11

ID:labyad

Nom: _____ Sexe: _____ Age: _____
Taille: _____ cm Poids: _____ kg SYS/DIA: _____ mmHg

FC [bpm]: 79

Intervalle PR [ms]: 272

Durée P [ms]: 105

Durée QRS [ms]: 100

Durée T [ms]: 310

QT/QTc [ms]: 467/537

Axe P/QRS/T [deg]: 48.2/-15.2/-5.1

R(V5)/S(V1) [mV]: 1.45/0.67

R(V5)+S(V1) [mV]: 2.12

<<Conclusions>>

Dévia. ax. gche modérée;

Le rapport doit être confirmé par un médecin

Médecin _____

II 10mm/mV
25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+DFT



عيادة طب القلب و الشرايين للدكتورة حياة ناجح
Cabinet De Cardiologie Dr.Hayat Najih

ELECTROCARDIOGRAMME

تخطيط القلب

Bd.Afghanistan,Derb Houria, Bloc 225, N°1; 2éme Etage, Hay Hassani, Casablanca

شارع أفغانستان, درب الحرية بلوك 225, رقم 1, الطبق الثاني, الحي الحسني, الدار البيضاء

Tél : 05 22 90 70 51 - GSM : 06 62 69 23 99