

330/13

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Nº W19-538852

153583

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	09558	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	JAAFAK HARID
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :			
Total des frais engagés :			
# 1220,50DH Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. JAAFAK HARID Professeur en Cardiologie Cardiologue Adulte et Pédiatrique Tél: 05 22 43 13 13 - 05 24 43 32 23 Code INPE: 071078294			
Date de consultation :			
21/02/2023			
Nom et prénom du malade :			
BEN BATOUL Aïmal Age: 46ans			
Lien de parenté :			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
HTA			
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 :

MARRAKECH

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10 103 19023

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 FEV 2023	CS ECG		200.41 100.04	INP : 93 34 13 13 15 - 05 24 13 12 23 Centre INRS Adolte et Pédiatriode DOUACH S.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA PROVINCIALE Mme Zineb SABRI de Pesan Idrissi 072038219 052434304 070343120	21.2.23	920.73

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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	INP :
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A horizontal arrow labeled 'D' points left and 'G' points right. A vertical arrow				

Cabinet de consultations et d'explorations cardio-vasculaires



Dr. FADOUACH Sabah

Professeur en Cardiologie

Cardiologie adulte et pédiatrique

Exploration cardiovasculaires



6118001030316

TAREG 80 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH

الدكتورة فدوش صباح

أستاذة في أمراض

القلب والشرايين

للكبار والأطفال

Marrakech, le : 21 FEV 2023 مراكش في :

m - Benbrahim - Amel .

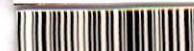


6118001030316

TAREG 80 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH



6118001030316

TAREG 80 mg

NOVARTIS

PPV : 131,50 DH



6118001030316

TAREG 80 mg

NOVARTIS

PPV : 131,50 DH



6118001030316

TAREG 80 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH

X 6 mois



6118001030316

TAREG 80 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH

PHARMACIE LA PROVINCE
Mme Zineb SANHAJI
Route de Fès Ain Témouchent
Tél : 05 24 30 94 31 / Fax : 05 24 31 04 50
INPE : 072038219

Dr. FADOUACH
Professeur Cardiologie
Cardiologue Adulte et Pédiatrique
Tél : 05 24 43 43 15 - 06 24 43 33
Courr INPF : 071078704

Rue Ibn Aïcha - résidence El Hadiqa - porte D - Rez de chaussée N1 Guéliz - Marrakech

E-mail : sabah.fadouach@gmail.com - Tél. : 05 24 43 43 15 - Fax : 05 24 43 32 23

زنقة بن عائشة أقامة الحقيقة - الباب د - الطريق السنفي رقم 1 - جلiz - مراكش



6118001030316

TAREG 80 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH

Cabinet de consultation et d'exploration Cardio-vasculaire

Dr FADOUACH Sabah

Professeur de cardiologie

Cardiologie adulte et enfant

Explorations cardio vasculaires

ECG de repos et d'effort, Holter tensionnel et rythmique

Echocardiographie cardiaque et vasculaire

Marrakech, le : 21-02-2023

FACTURE

Madame : BEN BATOUL AMAL

Acte pratiqué par le Dr. Sabah FADOUACH :

Consultation : 200 DH

ECG : 100 DH

Total : 300 DH

Arrête la présente facture à la somme de trois Cent Dirhams payée en espèces

BEN BATOUL AMAL

N° patient

Date de naissance 13.10.1976 (46 Y.)

Sexe féminin

ECG de repos Évaluation du

21.02.2023 13:42

Données examen	
QRS (ms)	94
P (ms)	129
PQ (ms)	168
QT (ms)	399
QTc B. (ms)	428 (109%)
QTc disp. (ms)	25
Axe QRS	10°
FC	69
RR moy (ms)	870

Rapport non confirmé

rythme sinusal-cardiaque normal
type gauche
onde P élargie
sinon ECG sans constatations pathologiques

ECG analysé FC: 69

(25 mm/s 10 mm/mV 0.05Hz - 125Hz / 50Hz true wave®)

