

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

- 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.

M23-001394 *12/14/23*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **6371** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **SABRI MOHAMED**

Date de naissance : **1/1/1960**

Adresse : **322 lot EL WAFA H**

Adresse : **Dessera**

Tél. : **0602561581** Total des frais engagés : **493,70** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **16/03/2023**

Nom et prénom du malade : **MR SABRI MOHAMED** Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : **AUC**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : **Z1 MAR 2023**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **ACCUEIL**

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 : **Dessera**

Le : **21/03/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **AK**

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
16/03/2023	CS+ECG		250 DH	LOTISSEMENT N° 1007 TEL: 022 31 12 59 198 INPE: 061259198

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA PHARMACIE REGIONALE ... Saad BENJELLOUN ... n° 94, lot MATTAN'A DEROUA ... TÉL: 05 22 51 47 07	16-03-2023	243.10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **SABRI Mohamed**

Matricule : _____ N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr El Mouloud** Spécialité : **Cardiologue**

N° ICE : **0028 41634000669** N° INPE : **INPE: 061259198**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **SABRI Mohamed**

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

**Auci en fin de 22
Bilan Cardi von en corne fak**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Kardesic 160 / Coveram 5% / Mortal do y

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Settat** le **16/03/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

DR. EL MOULQUID MONIA

CARDIOLOGUE

LOTTISSEMENT NAGEIM, IMPASSE DIAR EL ALAOUI APP 4,

10000 CASABLANCA

TEL: 0522-20-45-45 / 0522-22-78-15

INPE: 061259198

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

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 du CHU de Paris
Praticien attachée à l'hôpital universitaire CHEIKH KHALIFA

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



الدكتورة المريد مني

أخصائية في أمراض القلب والشرايين
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 بباريس
طبيبة بالمستشفى الجامعي الشيخ خليفة

الشخص بالصدى الصوتي للقلب والشرايين

فحص القلب بالصدى عند الجهد

تسجيل الضغط الدموي و دقات القلب على المدى الطويل . تحضير الجهد

ORDONNANCE

16 mars 2023

Mr. SABRI Mohamed

35.10

1/ KARDEGIC 160 MG POUDRE POUR SOLUTION BUVABLE

1 sachet à midi

908.00

2/ COVERAM 5MG/5MG 5 / 5 MG / MG COMPRIME

1 cp le matin

X 3/ COSTAL 2.0MG

1 cp le soir

Ts 943.10

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BENJELLOUN
Imm. 94, Lot NAIT N°4-DEROUA
Tél: 05 22 51 47 07

DR. EL MOURID MONIA
CARDIOLOGUE
LOTISSEMENT NASSIM N°26 IMMEUBLE DIAR EL ALAOUI APPT 4
TEL: 0522031674 / 0666527002
INPE: 051259198

جزءة التسليم رقم 26 عمارة ديار العلوي رقم 04 الطابق الأول . الدرة



Lotissement Nassim N°26 Immeuble Diar El Alaoui Appt N°4 1er étage - Deroua



05 22 03 16 74



Urgences : 06 60 62 70 07



cabinet.drelmourid@gmail.com

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V :35DH70

V202 90-443
010322

6 118001 081189

