

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

- Réclamation : 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.

N° M21- 040721

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 338

Société : R.A.M
Dentaire : C

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : AFIF Fatma

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/2023

Nom et prénom du malade : Afif fatma Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent[e] :

VOLET ADHERENT

N° M21-40721

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent[e].

Matricule :

Nom de l'adhérent[e] :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15.04.23	CRF + RTG		300,00	<p>جوى يامى</p> <p>إختصاصى فى العلاج القلب و الشرايين</p> <p>الصالح علاج شارع شارع ١٧٦ الدورقة - الدار البيضاء</p> <p>GSM: 06 13 02 02 11 - Tel: 05 22 69 00 15</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/04/23	3048,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

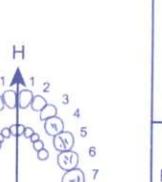
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

		MASTICATRICE <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000 35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412 00000000	D	21433552 00000000	B	00000000 35533411	G	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>	
H	25533412 00000000												
D	21433552 00000000												
B	00000000 35533411												
G	11433553												
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession						MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>							
DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>													
DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Najoua Yamoul

Cardiologue



الدكتورة نجوى يامول

اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

- Ancienne interne au CHU Ibn Rochd

- Diplôme d'échocardiographie doppler de l'Université Victor Segalen de Bordeaux (France)

Electrocardiogramme - Echocardiographie doppler Holter rythmique et tensionnel Epreuve d'effort

طبيبة داخلية سابقاً بالمركز الإستشفائي ابن رشد

دبلوم فحص القلب بالصدى بجامعة بوردو (فرنسا)

تخطيط القلب - فحص القلب بالصدى

الفحص المستمر لدقات القلب والضغط الدموي

اختبار الجهد

Casablanca le :

11/4/2023

Mme.

AFIF

Patine

148,00

Anginib

49,00

Amép 5

57,80

Toura 10

21,70

Aspirige 100

43,70

franmet 50

80,50

diame 100

54,30

zadril 10

88,40

Plixofide 2

43,00

Garrison 40

93,00

Pregol 20 20100

201,00

Daflin 1000

6,80

Levthyrox 25

14,50

Doliprane 1000

05 22 69 00 25

Phex 50

شارع واد الدورة . الطابق الثاني (مع المصعد) - الولفة - الدارالبيضاء

Espace Bureaux Lina Imm. 548 Haj Fateh, Bd.

32, 60 (Avec Ascenseur) El Oulfa - Casablanca

E-mail : drnajoua.yamoul@gmail.com

PHAR

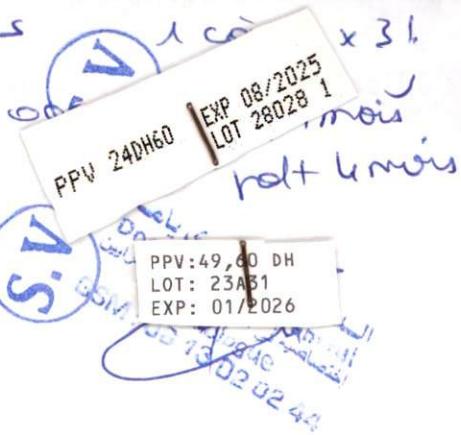
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

<p

- Kd snip cas x 31
24,60 D cure forte 400.000
- 100.000



49,60

3048,90

~~PHAR~~ HIBA
Dr. Ahmed CHAFRY
Hay Raha Rue Banafsaje
N°51 Bis Beausejour Casa
Tél: 05 22 94 49 34

14,00 ←
PPV: 14 DH 00
PER: 01/26
LOT: M555

14,00 ←
PPV: 14 DH 00
PER: 02/26
LOT: M555

89,00 ←

54,30 ←

LOT: 097
PER: OCT 2025
PPV: 148 DH 00

88,40 ←

LOT: 147
PER: OCT 2025
PPV: 148 DH 00

LOT: 097
PER: OCT 2025
PPV: 148 DH 00

49,40 ←

49,40 ←

Distribué par MSD MAROC.
AMM N°: 268/19/DMP/21/N
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N°: 268/19/DMP/21/N
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N°: 268/19/DMP/21/N
P.P.V: 437,00 DH.

LOT: 1112
PER: 01/25
PPV: 57,80 DH

LOT: 1112
PER: 01/25
PPV: 57,80 DH

LOT: 1112
PER: 01/25
PPV: 57,80 DH

49,40 ←

Nom : AFIF FATNA

Sex: Femme BedNo.:

Age: 83Y Date: 11/04/2023 15:11:16

SN: 0000067 Section:

No de c: No de d: 117

Fréquence : 1000Hz
Temps d'écha 38s QT Intervall 436ms
HEU 56bpm Intervalle QT 423ms
Intervalle 99ms Axe P : 50.50; ä
QRS Intervall 127ms Axe QRS : 4.30; ä
T Intervall 211ms Axe T : 56.10; ä
PR Intervall 171ms RV5/SV1 0.81/0.38mV
RV5+SV1 1.19mV

Prompt
Total des ba35 , Battements no34 , SVE 1 .

Médecin :

