

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Matricule : 001205 Société : ED. Agent RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HAJENE ABBE

Date de naissance : 19/11/1981

Adresse : RES^e RABIA SNC AZZIBAR IMMO

Rue 14720 N° 14720 MAALIF - Casablanca

Tél. : 0661169261 Total des frais engagés : 360,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/08/2018

Nom et prénom du malade : Sofragui Badis Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : OM + hypertension renversée

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

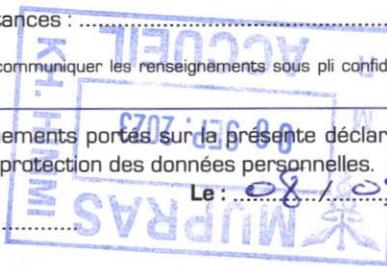
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 08/09/2018

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes 05/09/2023	Natures des Actes Cs	Nombre et Coefficient 01	Montant détaillé des Honoraires 300,00 dh	Cachet et signature du Médecin attestant le Recouvrement des Actes <i>Dr. Ilham SEFFRAOUI Cardiologue 58 Rue Meussar Moussai 1er arr Casablanca - Tel: 05 22 27 15 28</i>
-------------------------------	-------------------------	-----------------------------	--	--

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur <i>PHARMACIE MANNESMAN Dr. Lamine SEFFRAOUI Bd Hassan II Mannesmane Plage - Tel: 05 22 27 15 28 ICP : 0003001231000553</i>	Date 05/09/23	Montant de la Facture 60,00
--	------------------	--------------------------------

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
				<input type="text"/>

Dr. Ilham EL JAOUI

Spécialiste en Cardio-vasculaire
ECG, HOLTER, Epreuve d'effort
Echocardiographie-Doppler



الدكتورة الجاوي إلهام
اختصاصية في أمراض القلب والشرايين
استكشافات القلب والأوعية الدموية
التخطيط، فحص القلب بالصدى

Casablanca, le.....

, le : 05/08/2023

Ordonnance

Mme. SEFRAOUI Badia

60, w
S
MÉDIVEINE 600 mg: 1 Comprimé le matin

PHARMACIE MANNESMAN
Dr. Laïla SEFRAOUI
Mannesmane Plage, N° 4 Bd. Hassan II
ICE : 000500931000058

Docteur Ilham EL JAOUI

*Dr. Ilham EL JAOUI
Cardiologue
58 Rue Moussa Ibn Noussair 1er Etage
Casablanca - Tel: 05 22 27 15 28*

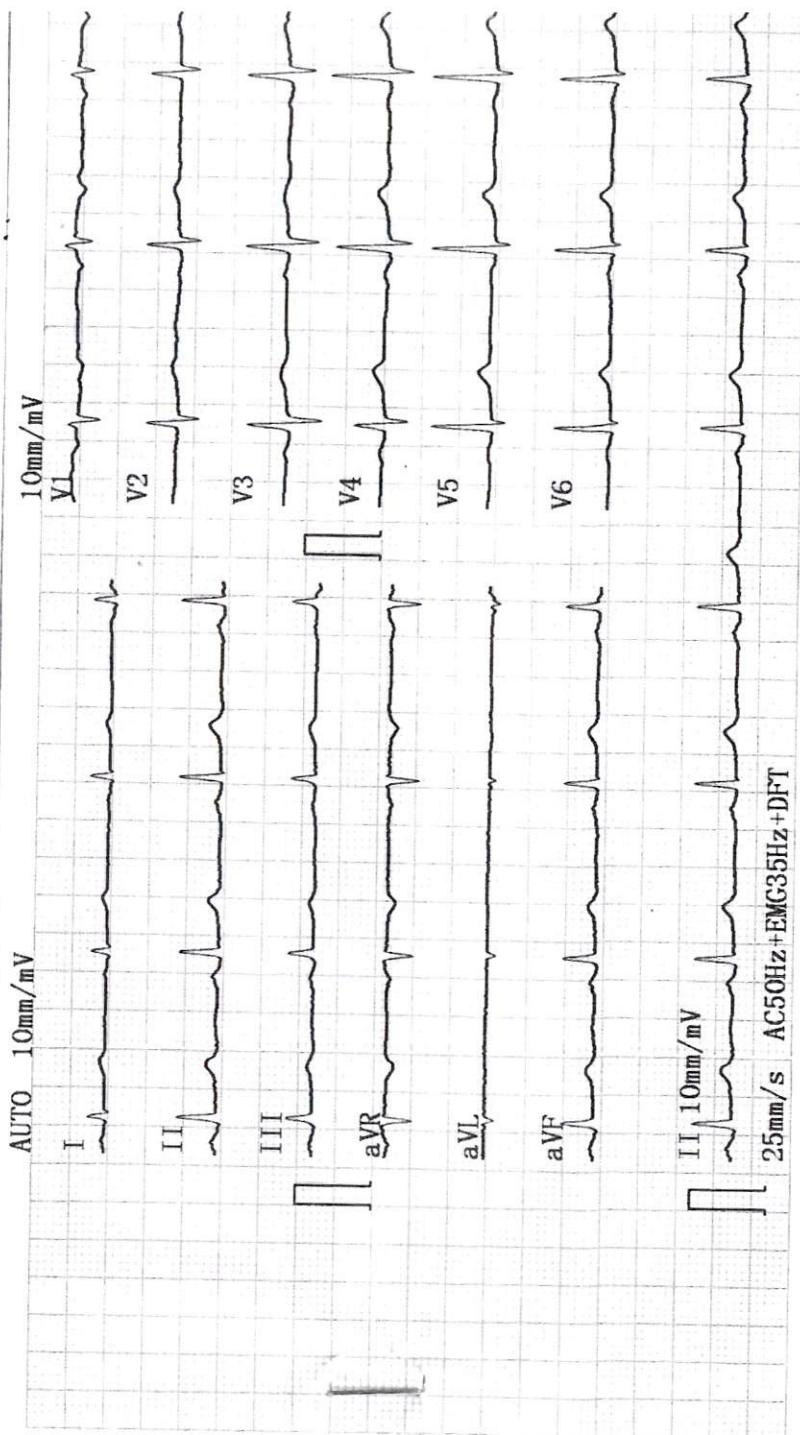
LOT 223742 1
EXP 11 2025
PPV 60.00



58، شارع موسى ابن نصير الطابق الاول، الدار البيضاء، Casablanca

- E-mail : eljaoui82@gmail.com

En cas d'urgence : 06 62 06 04 75



10mm/mV

10mm/mV

V1



V2



V3



V4



aVL

V5



aVF

V6



25mm/s

DR ELJAQUI
2023-08-05 11:52ID: SER-HAOUI Bahia Sex: _____ Age: _____
Name: _____Height: _____ cm Weight: 82 kg SYS/DIA: 118/75 mmHg

HR [bpm]: 65

PR Interval [ms]: 162

P Duration [ms]: 127

QRS Duration [ms]: 77

T Duration [ms]: 182

QT/QTc [ms]: 392/409

P/QRS/T Axis [deg]: 60.0/68.5/59.6

R(V5)/S(V1) [mV]: 0.80/0.25

R(V5)+S(V1) [mV]: 1.05

<<Conclusions>>

Normal Sinus Rhythm;

Cardiac electric axis normal;

Report need physician confirm

Physician _____