

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.

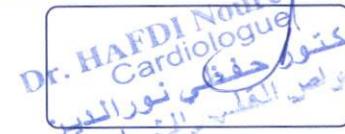
Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

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



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
07/07/23	ECG	1/16	2130	Dr. HAFDI Noureddine Cardiologue الدكتور هادي نور الدين طبيب القلب

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE EL FIDA 151 Bd El Fida - Casablanca Tél: 05 22 28 12 37	07/07/23	667,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

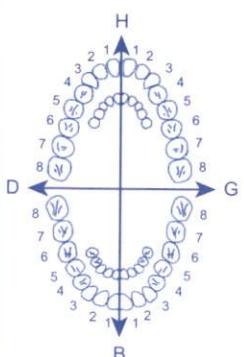
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

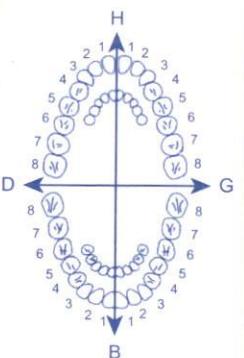
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة

ORDONNANCE

le 09/07/93

BAKRI NACIRI
Mohamed
151 Bd EL FIDA - Casablanca
Tél: 05 22 28 12 37
PHARMACIE EL FIDA
Tél: 05 22 28 12 37

Registre des

صيدلية الفيدا
PHARMACIE EL FIDA
151 Bd El Fida Casablanca
Tél: 05 22 28 12 37

9200 Colerisyl 8 mg la 40

278 x 3 Cade 850 mg la 100

9900 x 3 Cedex 20 18000 dir

9760 x 2 Noxcel 20 14000 dir

667,30

AFDI Noureddine
Cardiologue
الدكتور حفيظي نور الدين
لечение القلب والشرايين

3 mois

92,00

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

حمض أسيتيل ساليسيليك

X3 Ged ↗

بـ جـ عـ
سـيـمـهـ مـاـسـتـانـدـاتـ

97,60

X2 Ged ↗

LOT 211484
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

X3 Ged ↗

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP :	1395886	N° SEJOUR :	230065123	FACTURE N° 2302017805			DATE D'ENTREE :	07/07/2023	DATE DE SORTIE :	07/07/2023
ASSURE :							DESTINATAIRE :			
MALADE :	BAKRI,Naciri Mohammed			UF:	6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI			BAKRI,Naciri Mohammed		
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S. :						
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG	CSC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00

Intervenant : 010402 DR HAFDI NOUR EDDINE (CARDIOLOGUE)	TOTAUX :	250.00							250.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :					AVOIR :	
	RESTE DU:	250.00							
DATE FACTURE : 07/07/2023	EDITEE LE : 07/07/2023	PAR: HAFSA	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL</u>						
VISA	N° DE POLICE :		DATE AT :						
	Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef							
	BANQUE :	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA							
	N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31							

ECG de repos Auto

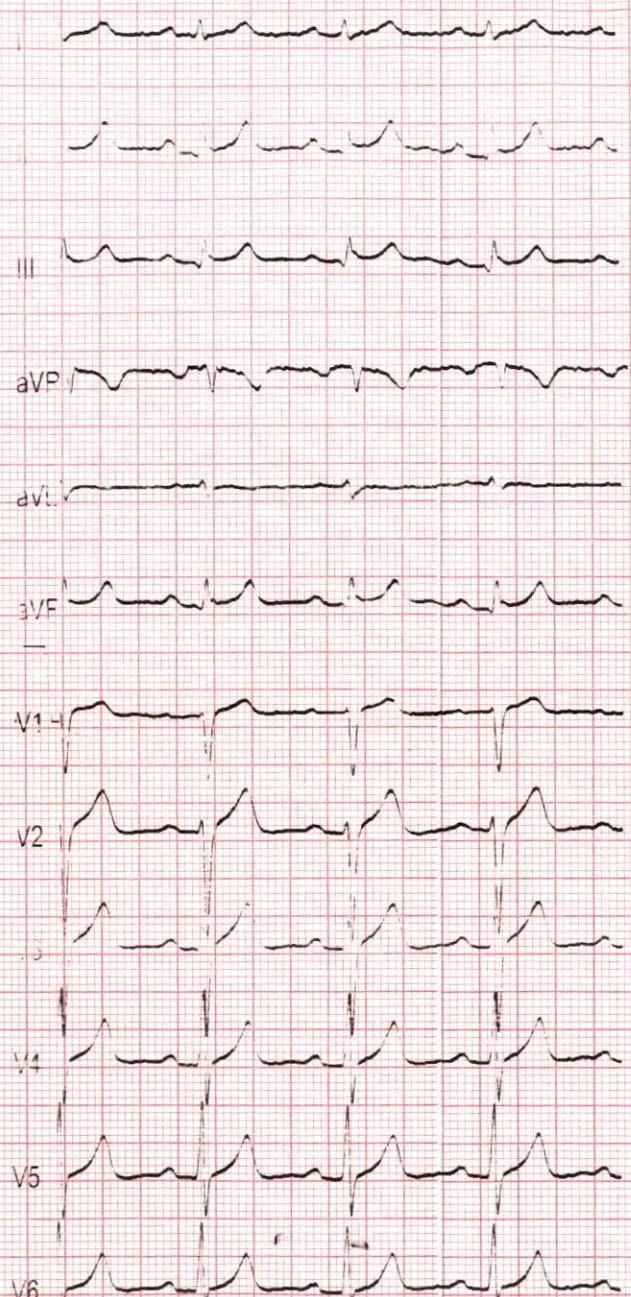
09:29pm juil 06, 2023

Hôpital: Hospital RECID: 3613

Patient ID: 20230706 2128 Jour de la naissance:

Age: Sexe: Sys: Puls: Poids: Hauteur:

Drugs: 07/07/23 Bakri Naciri Mohammed



0s 1s 2s 3s

25mm/s, 10mm/mV, AGC0, DE0.1, MF35, LF300

CARDIPIA 800H Ver. 2.0.81.57 181127S 71.441

[Measured Cardiac Rhythm Events]

HR: 78 bpm PR: 194ms QRS: 74ms QT: 331ms QTc: 370ms GTF: 0.68

R/V: 0.95mV SV1: -0.80mV P/QRS/T QRST axis: 47.96/61.90/60.29/1.61 deg

[Interprétation Résumé - Adulte]

34- QRS <= 0.5 mV in four extremity leads

Consider obesity, hypothyroidism and pericardial effusion.

[Doctor comments]

Nom du medecin: Doctor

