

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6304

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ENOUSKI ABDELJALIL

Date de naissance :

Adresse : LISSASFA LOT EL KOUZAMA EL NASS

Tél. : 0522 896618

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

CARDIOLOGUE - RYTHMOLOGUE
19, Bd Franklin Roosevelt (Ex. Bd. Mly Rachid) - Casab
Tél. 0522 36 09 09 - GSM 0661 243 006

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : OMAROY Archa Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

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 :

Signature de l'adhérent(e) : ZULF L.S.

Le : / /

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
Total	Cas 4 ECG		400.00	Dr. Najib GABRI CARDIOLOGUE-ARTHROLOGUE Bd. M. Rachid - Casablanca Tél: 05 22 38 00 221 - 06 61 22 10 06
2024				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE L'EXTENSION 24 Rue 8 Lissasfa Extension - CASABLANCA Tél: 05 22 33 48 40	10. 01. 24	290.10

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
		A	M	P	C	

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
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(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



Centre de Rythmologie de Casablanca

**URAGENCES
24/24**

05 22 36 09 09

Dr Najib GARTI

Cardiologue - Rythmologue

Pace Maker

Défibrillateurs

Évaluation de la Fib

Cryoablation de la Fibrillation auriculaire

Traitement des troubles du rythme par Radiofréquence

Echocardiographie Doppler Couleur Epreuve d'effort

Holter tensionnel et rythmique

Diplôme de la faculté de médecine
de limoges (France)

Sur Rendez - Vous

Gsm : 06 61 32 64 27

Casablanca, le

10/01/24

Mr (Mme)

As ordinary Arch

68.90 - Fluridex 1.5% (Peroxex) 750 ml
110.60 x 2
290.10 - Sertraline 50 mg
PHARMACIE L'EXTENSION
24 Rue Blasiefa 75009 Paris
Date: 18.1.2014
N° 2551/1 Boites
Tél. 05 22 36 09 09 - GSM 0661 24 006
19, Bd Franklin Roosevelt (Ex. du...)

19, Bd. Franklin Roosevelt, Anfa (Rez de chaussée Clinique Val D'anfa) - Casa Patente N° 35615328 - IF 40713811 - INPE 091066621 - ICE 001584040000063

Tél : 05 22 36 09 09 - Tél / Fax : 05 22 36 08 88

E-mail : garti.naj@hotmail.fr - Site : www.cvarythmologie.com

Sertraline GT®

30 comprimés pelliculés
dosés à 50 mg



110,60

Sertraline GT®

30 comprimés pelliculés
dosés à 50 mg



110,60

FLUDEX® LP

ADAPAMIDE 15 MG
30 comprimés pelliculés à Libération Prolongée

245200030-06

68,90

(50 X 20 X 114) mm

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

Nom et prénom :

OUARDY Archy

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Tel: 05 22 36 09 09 - GSM 0661 243 066
19, Bd Franklin Roosevelt/Ex. Bd. Mly Racine/Asie
CARDOLOGUE - RYTHMOS

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : 00158404000063 N° INPE : 09 10 66 622

Certifie que Mlle, Mme, M. : OUARDY Archy

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

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

HTA - Dep.

Dont ci-joint ordonnance : *X*

Traitement prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casab* le *10/11/24*

Cachet et signature du médecin traitant :

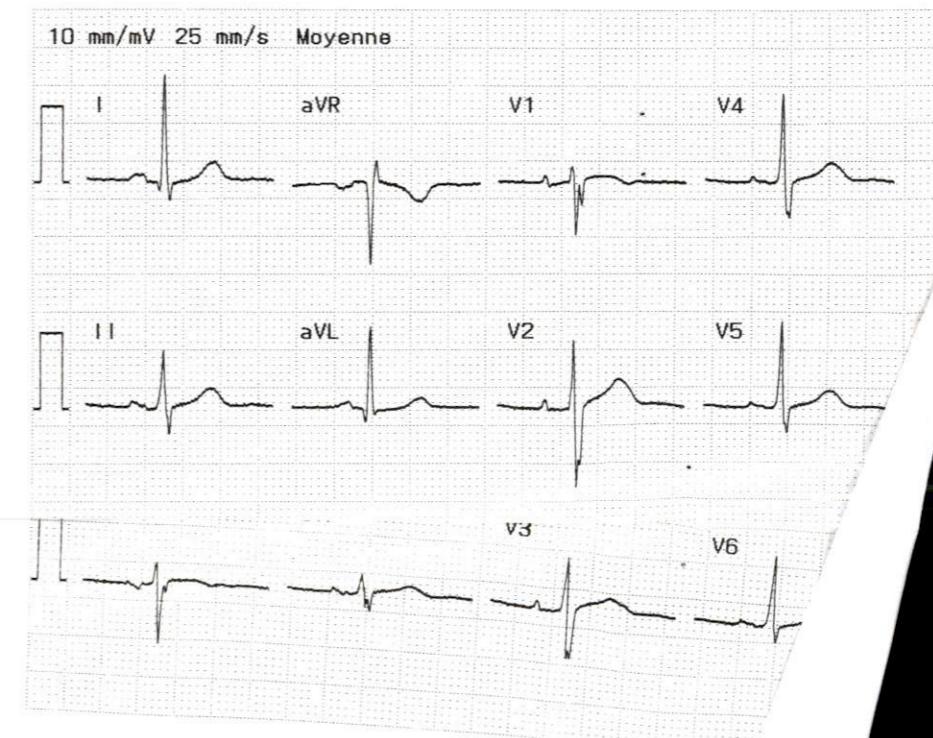
Tel: 05 22 36 09 09 - GSM 0661 243 066
19, Bd Franklin Roosevelt/Ex. Bd. Mly Racine/Asie
CARDOLOGUE - RYTHMOS

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

ID:10012024
Nom :OUARDY AICHA
Sexe:F Date de naissance: ans
Symptômes :
10 mm/mV 25 mm/s Filtre : H50 d 100 Hz



ID:10012024
Nom :OUARDY AICHA
Sexe:F Date de naissance: ans
cm kg / mmHg
fréq. ventr. 68 bpm
Int. PR 152 ms
Durée QRS 92 ms
Int. QT/QTc(E) 400/ 418 ms
Axe P/QRS/T 26/ -9/ 30 °
Amp I RV5/SV1 1.15/ 0.69 mV
Amp I RV5+SV1 1.84 mV



Examen :Clinique Cardiologique VAL D ANFA

10-Jan-2024 AM10:52:17