

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>2312</u>		Société : <u>RAM</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>HAROUCH Amira</u>
Nom & Prénom : <u>HAROUCH Amira</u>		Date de naissance : <u>21/07/1956</u>	
Adresse : <u>lot Attadameune Rue I JM80 AP5</u>		Télé. : <u>0061871315</u>	
		Total des frais engagés : <u>334430</u> Dhs	

Autorisation CNPD N° : A-A-215 /2019	Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin : 	
Date de consultation : <u>25/01/2024</u> Nom et prénom du malade : <u>HAROUCH Amira</u> Age : <u>67</u> Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <u>HTA, hypertension, bouchon</u> Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : <u>12 FEV 2024</u> 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) : 



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
25/11/2019	Consultation	100.19	2500 Dhs	Marrakech - Tel: 05 24 400 79

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Gh 051034 0601-000 Hay Hassani - Marrakech Tel. 05 24 01 75 70 25/01/2024	25/01/2024	84,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

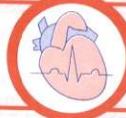
Important :

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عيادة فحص وتشخيص
أمراض القلب والشرايين



CABINET DE CONSULTATIONS
& EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Docteur Khadija MOHIB

Spécialiste des Maladies du Cœur
et des Vaisseaux - Echo Doppler Cardiaque
et Vasculaire - Holter

الدكتورة خديجة موهب

إختصاصية في أمراض القلب والشرايين

وارتفاع الضغط الدموي

الفحص بالصدى و المولتير

Marrakech, le: 25/11/2014
مراكش في:

Mr MA Ranch Amina

Ref → penote
69,00

1) Dolivax 5mg x 3 f.

15,30

2) ritame C 1000 sup f

T = 84,8

S.V

S.V

Vita C 1000

PPV 15DH30
EXP 09/2026
LOT 3403724



LOT: 230744
DU 08/2026
60.00DH

DociVox

Sirop naturel

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS ET DE PLANTES
(THYM-MAUVE-MELEZE)

- Apaise et dégage les voies respiratoires
- Adoucit la gorge irritée en cas de toux
- Renforce les défenses naturelles

SANS CONSERVATEUR



200 ml

Gout miel-menthe

ECG

Name : harouch amina Sex :
SN : 0001710 Case No. :

Age :

Bed No. :

Clinic No. :

Section :

Date : 04/01/1980 3:15:33



Frequency:	1000Hz	PR Interval:	141 ms	Prompt:
Sample Time:	7s	QT Interval:	399 ms	Total Beats 7 ,Normal Beats 7,SVE 0 , VE 0 .
HR:	70bpm	QTc Interval:	431 ms	in gear Sinus mode Target rate;Longitudinal Left axis deviation;IIaVFV5V6Abnormal T wave;
P Interval:	83ms	P Axis:	11.40@b	
QRS Interval:	91 ms	QRS Axis:	15.30@b	
T Interval:	251 ms	T Axis:	-2.20@b	

T.A. 20/01/2013
R.d. 26/13

Physician Signature