

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 |

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

198992

M23- N° 0043110

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8198 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELOFIR Amal

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0527 91 27 11

Total des frais engagés 862,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08 / 03 / 2019 Age :

Nom et prénom du malade : Dr. ELOFIR AMAL Lien de parenté : 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 : CASABLANCA Le : 08/03/2019

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
08/03/24	Consultation	300,-		<i>Dr. Ahmed BEN YOUSSEF Spécialiste en Cardiologie et Néphrologie Praticien hospitalier Tél: 0524 23 09 78 Casablanca</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme. Amal ELQABBAJ Docteur en Pharmacie Pharmacie DANTON 22 Avenue Bir Anzarane 41 Boulevard 23 mai 78 Casablanca tel: 0524 23 09 78	08/03/24	562,30

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

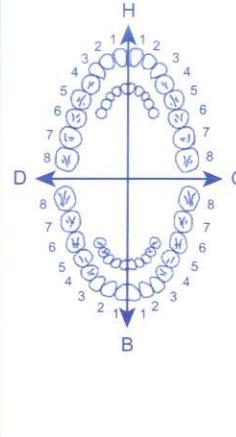
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

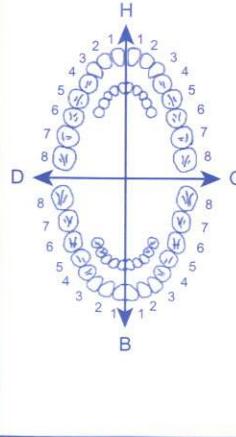
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553 G	

DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT	



Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS
7862160246

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS
7862160246

Casablanca le :

CASA , Le 08/03/2024

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS
7862160246

Mme AMAL EL OFIR

6 118001 100859
Crestor 10 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 167,00 DH
7862160246

6 118001 183111
Crestor 10 mg

Maphar
Bd Alkamilia N° 6, QI
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10 mg cp pell b30
P.P.V : 167,00 DH
7862160246

50,70 a3

1) CARDENSIEL 2.5 MG BT/ 30 CP

Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

2) CRESTOR Comprime Pellicule à 10 mg Bte 28 Comprime

Prendre 1 comprimé le soir, au cours du repas, pendant 3 mois

3) INEXIUM 20MG BT/14 CP

Prendre 1 comprimé le matin et le soir, avant le repas, pendant 1 mois

4) DOLIPRANE Comprime Secable à 1 g Bte 10 Comprime

1 comprimé en cas de douleur

13,10
562.30

Mme. Amal EL QABBAJ BAHRI
Docteur en Pharmacie
PHARMACE DANTON
47, Boulevard Bir Anzarane
Tél.: 0522 25 09 70 - Casablanca

Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies
Cardiovasculaires
98 Rue Kadi lass et Rue Abou Salt Andaloussi (Près de la commune urbaine du Maârif)
Casablanca
Tél. 0522 25 09 70 - Casablanca

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnoou al souam roches
noires casablanca
INEXIUM
Cpr GR
20 mg
Boîte 14
640150MP/21NRQ P.P.V: 76,70DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnoou al souam roches
noires casablanca
INEXIUM
Cpr GR
20 mg
Boîte 14
640150MP/21NRQ P.P.V: 76,70DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnoou al souam roches
noires casablanca
INEXIUM
Cpr GR
20 mg
Boîte 14
640150MP/21NRQ P.P.V: 76,70DH
6 118001 020591

PPV: 13 DH 10
PER: 12/26
LOT: M4224

98 Angle Rue Kadi lass et Rue Abou Salt Andaloussi (Près de la commune urbaine du Maârif)

Casablanca - Tél. : 0522253600 - Fax : 0522253601 - Mobile : 0661321866

Patente : 35760852 - INPE : 091026591 - Mail : ahmedbennis7@gmail.com

EL OFIR AMAL

Né(e) le

Age

Sexe Féminin

Taille cm

Poids kg

Origine

PA

Remarque

FC 68/min

Axes

Intervalles

P 48 °

RR 879 ms

QRS 58 °

P 108 ms

T 47 °

PR 172 ms

P (II) 0.11 mV

QRS 84 ms

S (V1) -1.17 mV

QT 354 ms

R (V5) 1.63 mV

QTc 381 ms

Sokol. 2.80 mV

(Bazett)

Interprétation: RYTHME SINUSAL, ECG NORMAL

RI6.02

Rapport non confirmé

