

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-594334

MUPRAS
RECEPTION



ND-53610

Maladie Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **614** Société : **RAM**

Adulte Majeur(e)
Nom & Prénom : **KAIS ABDIRAHMAN**

Date de naissance : **26/01/1995**

Adresse : **LOT ELLOUFA DEROUA**

Tél. : **0661153218** Total des frais engagés : **1000000** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **11/12/2020**

Nom et prénom du malade : **KAIS ABDIRAHMAN** Age : **25**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **HT HT diabet**

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 : **DEROUA** Le : **27/12/2020**

Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA PHARMACIE EL OULMADI Lou Watae Beroua Berrechid EL MARWANI Ott . 05 22 53 21 00	18/12/20	990,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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



الدكتور حسن الأيوبي

Docteur AYOUBI HASSAN

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين وارتفاع الضغط
والدورة الدموية - الفحص بالصدى والهولتير

Spécialiste des Maladies Cardio - Vasculaires
Echodoppler Cardio - Vasculaire - Holter

214, Lot. Wafa Deroua Sidi
Dr. EL MARWANI OHMAN
Tél : 05 22 32 65 84

18/10/2020
Rais Al Adenah

ex 101, 83
~~S.V.~~ Corrigé 105
103 83 mm.

31 35. 17
~~S.V.~~ Kadija 160
stat 100
31 91 03
~~S.V.~~ Ecpl 100 x 3 mm
90/90

~~Sur Rendez-vous~~

HORAIRE : 8h00 - 14h00

VENDREDI : 8h00 - 12h00

05 22 32 65 84 زنقة ابن رشد - برشيد - الهاتف :

80, Rue Ibn Rochd - Berrechid - Tél : 05 22 32 65 84

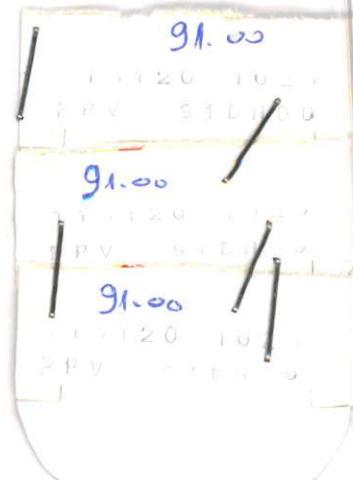
المستعجلات : 06 72 12 00 82
Urgence : 06 72 12 00 82

PER.: 11/11/2021

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30 O
P.P.V : 35DH70 35,70
6 118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30 O
P.P.V : 35DH70 35,70
6 118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30 O
P.P.V : 35DH70 35,70
6 118001 081189



ECG

Dr AYOUBI Hassan

80.rue ibn rochd berchid - Tél :0522326584

NOM:KAIS ABDERRAHMAN

ID :2007/15 Genre :Homme Age :66 DDN :01-01-1949

Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr AYOUBI

Date Test :18-12-2020 10:07

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



Fréquence :	1000 Hz	Interval.QT :	481 ms
Durée ECG :	4 s	Interval.QTc :	512 ms
FC :	68 bpm	Axe P :	64.2°
Durée P :	126 ms	Axe QRS :	-46.3°
Durée QRS :	127 ms	Axe T :	104.8°
Durée T :	324 ms	RV5/SV1:	1.16/0.70mV
Interval.PQ :	157 ms	RV5+SV1:	1.86mV

Suggestion :

DR AYOUBI HASSEN
CARDIOLOGUE
80 Rue Ibn Rochd
Casablanca
Maroc
Tél : 0522326584
Fax : 0522326584
Email : drayoubihasSEN@GMAIL.COM

Signature Médecin: