

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 canaux, 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 canaux.

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

- Réclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
RECEPTION

Déclaration de Maladie : N° P19- 0007575

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02654 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZEMMIR MEd Date de naissance : 08/04/1958
 Adresse : RD EL WAKA ANI 121122 DE ROUA
 Tél. : 06 19 01 57 47 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17.02.2020
 Nom et prénom du malade : PR. ZINER Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : conchoepaltu hyper tension et ALD
 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 loi relative à la protection des données personnelles.

Fait à : DE ROUA Le : 17.02.2020
 Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

DRAYOUBI HASSAN
CARDIOLOGUE
 80 Rue BEN ROUHO
 Berrechid
 HT : 7 heures 30
 Tél : 05 22 20 45 45
 N° 001830229000079
 INP : 061175584

RELEVÉ 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
17/12/20	Echographie			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/12/20	840,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

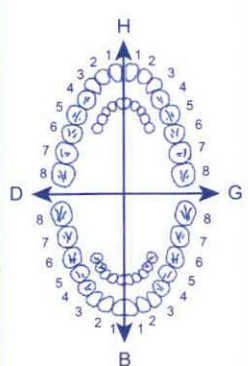
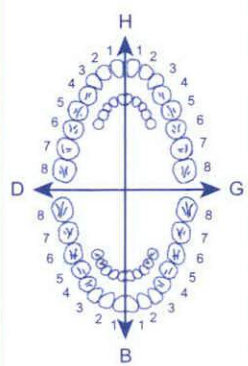
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

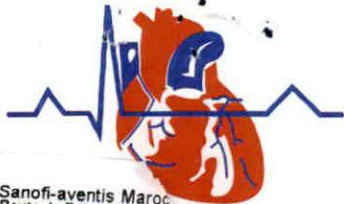
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
30 cp

P.V: 278,00 DH

18001 082018



LOT: 1268411

UT AV.: 09 21

PPV

30 30

39,30

Spe
Echocardiogramme



autres
alter

17/02/2020

Exforge® 10 mg/160 mg



Oue Ri Zineh

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés O
PPV 162DH60

361.00

+ Exforge 10/160

162.00 + 361.00 = 523.00

278.00 + 361.00 = 639.00

Coplavix



Zylor

DR AYOUBI HASSAN
CARDIOLOGUE

80 Rue Ibn Rochd

SUR RENDEZ-VOUS

HORAIRE : 08h00 - 14h00

VENDREDI : 08h00 - 12h00

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

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

Urgence : 06 72 12 00 82 : المستعجلات

M4 2654

DR AYOUBI HASSAN
CARDIOLOGUE

80 RUE IBN ROCHD BERRECHID

CRD D ECHOCARDIOGRAPHIE
LE 17/2/2020

MME OULBI ZINEB

LES VALVES MITRALES SONT FINES
LES SIGMOIDES AORTIQUES SONT FINES
NON CALCIFIEE

AORTE DE TAILLE NORMALE

OG NON DILATEE

LE VG PRESENTE UNE HYPERTROPHIE

CONCENTRIQUE AVEC UNE BONNE
CONTRACTILITE GLOBALE

CAVITES DROITES NON DILATEES

VCI NON DILATEE

PERICARDIQUE SEC

AU DOPPLER

FE 78°° E<A IM MINIME

AU TOTAL CARDIOPATHIE HYPERTENSIVE

DR AYOUBI HASSAN
CARDIOLOGUE
80 RUE IBN ROCHD
Berrechid
HT : 7 heures 30
06 22 22 22

DR AYOUBI HASSAN

CARDIOLOGUE

80 RUE IBN ROCHD BERRECHID

TEL : 0522326584 17/02/2020

NOTE D HONORAIRE

ICE : 001830229000079
INP : 061175584

MME OULBI ZINEB

CONSULTATION DE CARDIOLOGIE+ECG

ECHOCARDIOGRAPHIE

TOTAL 750.00DH

~~DR AYOUBI HASSAN
CARDIOLOGUE
80 RUE IBN ROCHD
Berrechid
HT : 7 heures 30 min à 14 h
Tél : 05 22 32 65 84~~

ECG

M^h 2654

Dr AYOUBI Hassan

80.rue ibn rochd berchid - Tél :0522326584

NOM: OULBI ZINEB

ID :518/18

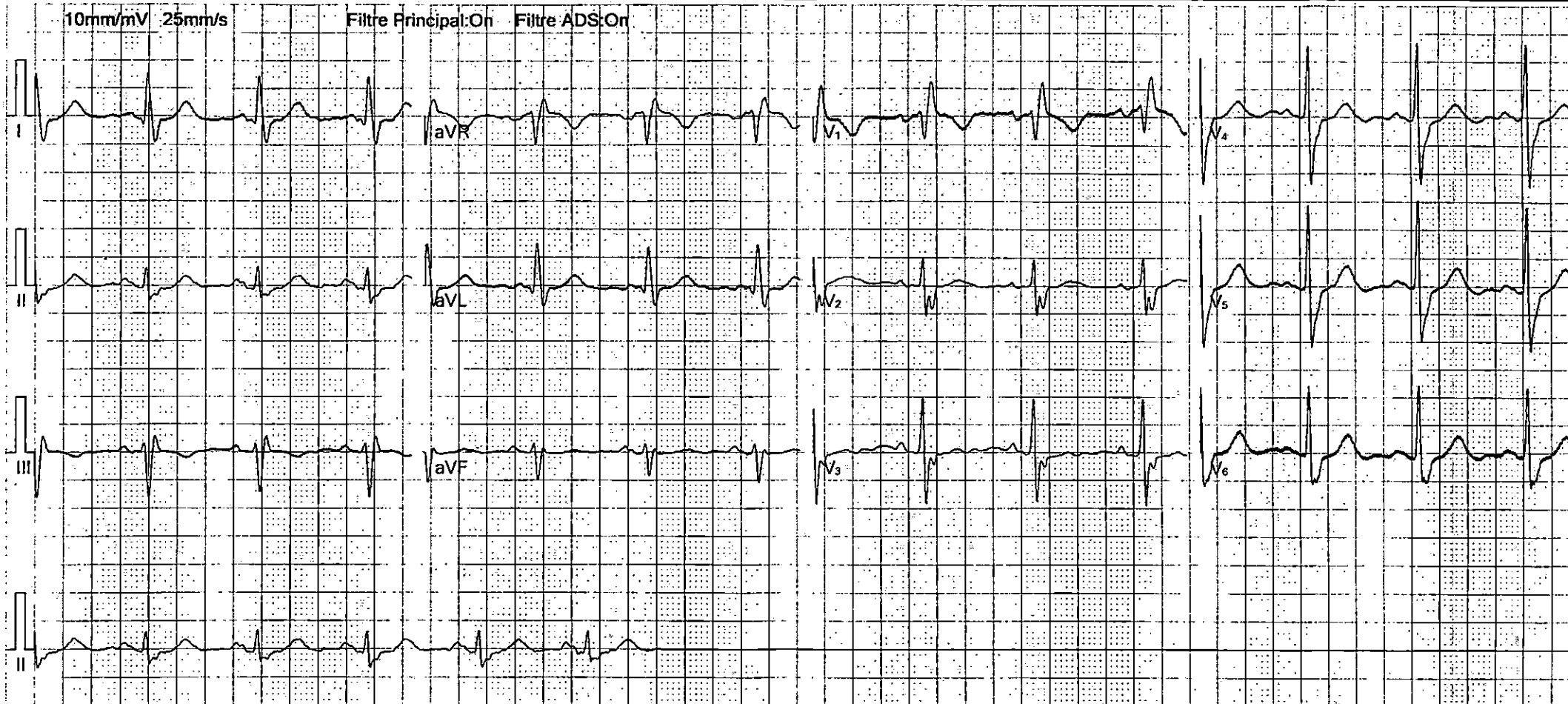
Genre :Femme

Age :57

DDN :13-11-1960

Date Test :17-02-2020 10:17

Case #: Investigation #: Médecin Référent: Dr AYOUBI Hassan



Fréquence :	1000 Hz	Interval.QT :	491 ms
Durée ECG :	4 s	Interval.QTc :	552 ms
FC :	76 bpm	Axe P :	42.5°
Durée P :	166 ms	Axe QRS :	-45.0°
Durée QRS :	142 ms	Axe T :	21.4°
Durée T :	319 ms	RV5/SV1:	1.48/0.00mV
Interval.PQ :	187 ms	RV5+SV1:	1.48mV

Suggestion :

DR AYOUBI HASSAN
CARDIOLOGUE
80 rue ibn rochd
Signature Médecin
HT : 7 heures 30 min à 14 h
Tél : 05 22 32 65 84