

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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.

entaire :

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05683

Société :

R.A.M.
RACHIDI HASSAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 1062,33 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr ZOHEIR Fatima
CARDIOLOGUE
230, Bd Brahim Roudani
Muârif Casablanca

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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) :

Le : / /

ZK

Age:

Lui-même Conjoint Enfant

HTA - Dr ZK

MUPRAS

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
25/01/2021	2	K16	3000DH	Dr ZOHEIR FATHI CARDIOLOGUE 20, Bd Ben Slim Roudani Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL BOUSTA 580, Bd Ibn Sina Hay Hassani CASABLANCA Tél. : 05 22 90 33 97	25/01/2021	762,30

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
		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 d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Échodoppler cardiaque et vasculaire - Epreuve d'effort - Holter rythmique et tensionnel

Casablanca le

25/01/2021.

M^e Rachidi Hesau.

~~182,10 x 3 = 546,30~~ 1/Juliet 5/160 /12,5
1upli retu

~~72,00 x 3 = 216,00~~ 21 Detour helio

II de 3mois

~~762,30~~

PHARMACIE AL BOUSTANI
580, Bd Ibn Sina Hay Hassani
CASABLANCA
Tél. : 05 22 90 33 97

PHARMACIE AL BOUSTANI
580, Bd Ibn Sina Hay Hassani
CASABLANCA
Tél. : 05 22 90 33 97

Dr ZOHEIR Fatima
CARDIOLOGUE
230, Bd Brahim Roudani
Maârif Casablanca

Sulicot® HCT

Valsartan / Amlodipine / Hydrochlorothiazide

160 mg
5 mg
12,5 mg

28

Comprimés pelliculés

LOT 205822

EXP 05/22

PPV: 182DH10

Voie Orale



Sulicot® HCT

Valsartan / Amlodipine / Hydrochlorothiazide

160 mg
5 mg
12,5 mg

28

Comprimés pelliculés

LOT 205822

EXP 05/22

PPV: 182DH10

Voie Orale



Sulicot® HCT

Valsartan / Amlodipine / Hydrochlorothiazide

160 mg
5 mg
12,5 mg

28

Comprimés pelliculés

LOT 205822

EXP 05/22

PPV: 182DH10

Voie Orale



Respecter les doses prescrites
يجب الالتزام بجرعات الموصى بها

Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة 1 - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



DETENSIEL + GROSSESSE = DANGER
ديتاسييل + الحمل = خطر

Ne pas utiliser chez:

- l'adolescente ou la femme en âge de procréer et sans contraception efficace.
- la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique

لا ينصح لدى:
- المرأة الحامل أو النساء في سن الإنجاب دون وسائل منع الحمل الفعالة.
- المرأة العامل، إلا في حالة عدم وجود بديل علاجي.

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH



Distribué par Cooper Pharma

7862160236

Respecter les doses prescrites
يجب الالتزام بجرعات الموصى بها

Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة 1 - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



DETENSIEL + GROSSESSE = DANGER
ديتاسييل + الحمل = خطر

Ne pas utiliser chez:

- l'adolescente ou la femme en âge de procréer et sans contraception efficace.
- la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique

لا ينصح لدى:
- المرأة الحامل أو النساء في سن الإنجاب دون وسائل منع الحمل الفعالة.
- المرأة العامل، إلا في حالة عدم وجود بديل علاجي.

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH



Distribué par Cooper Pharma

7862160236

Respecter les doses prescrites
يجب الالتزام بجرعات الموصى بها

Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة 1 - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



DETENSIEL + GROSSESSE = DANGER
ديتاسييل + الحمل = خطر

Ne pas utiliser chez:

- l'adolescente ou la femme en âge de procréer et sans contraception efficace.
- la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique

لا ينصح لدى:
- المرأة الحامل أو النساء في سن الإنجاب دون وسائل منع الحمل الفعالة.
- المرأة العامل، إلا في حالة عدم وجود بديل علاجي.

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH



Distribué par Cooper Pharma

7862160236

Rachidi, Hassan
ID:
D-naiss
ans.

25-Jan-2021 08:59:33

Fréq. Card. 77 BPM
Int PR 177 ms
Dur.QRS 90 ms
QT/QTc 383/415 ms
Axes P-R-T 50 -1 75

RYTHME SINUSAL AVEC DE RARES EXTRASYSTOLES VENTRICULAIRES
INFARCTUS INFÉRIEUR [ONDE Q DE NÉCROSE DE 40 ms EN D2/D3/aVF], PROBABLEMENT ANCIEN
ECG ANORMAL
INTERPRETATION BASEE PAR DEFAUT POUR PATIENT AGE DE 40 ANNÉE

Non confirmé

