

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.

Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copié 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.

Education :

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.

Prothésiste :

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

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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 056016

Maladie

Dentaire

Optique

6030

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

338

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : Venue

Nom & Prénom : AFID FATHA

Date de naissance : 1945

Adresse : JAMILA B'

CP : 10000

Tél. : 0522901874

Total des frais engagés : 1397,4 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/01/2021

Nom et prénom du malade : AFID fathia

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : casab

Le : 25/01/2021

Signature de l'adhérent(e) : E

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-056016

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 338

Nom de l'adhérent(e) : AFID FATHA

Total des frais engagés : 1397,4

Date de dépôt :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 25/11/21 | Consult- | | 250,00 | الدكتورة نجوى ياميل للتوصية في أمر عن القلب ونشر (٢٤) ٢٤٣٦٢٢٥٨٩٠٩٠١٢٤ ٢٥/١١/٢١ |
| | + ECG | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE Dr. Ahmed Chahine N° 31 Bis Rue Beauséjour Hay Riha - Tel: 05 22 94 99 21 | 25/11/21 | 1147,60 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

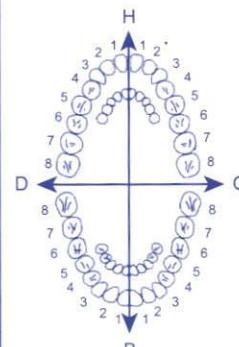
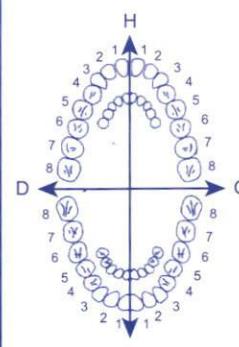
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficent | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
|--|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------|------------------------|
|  | | | | |
|  | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | | | MONTANTS DES SOINS |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| H | 25533412 00000000 35533411 | 21433552 00000000 11433553 | FIN D'EXECUTION | |
| D | 00000000 | 00000000 | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| G | 00000000 | 00000000 | MONTANTS DES SOINS | |
| B | 35533411 | 11433553 | DATE DU DEVIS | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Docteur Najoua Yamoul

Cardiologue

الدكتورة نجوى يامول

اختصاصية في أمراض القلب والشرايين



- Ancienne interne au CHU Ibn Rochd
Diplôme d'échocardiographie
doppler de l'Université Victor Segalen
de Bordeaux (France)

Electrocardiogramme - Echocardiographie doppler
holter rythmique et tensionnel
Epreuve d'effort

طبيبة داخلية سابقاً بالمركز الاستشفائي ابن رشد
دبلوم فحص القلب بالصدى بجامعة بوردو (فرنسا)
تخطيط القلب - فحص القلب بالصدى
الفحص المستمر لدقائق القلب والضغط الدموي
اختبار الجهد

Casablanca le :

25/1/2021

~~PHARMACIE HIBA
Dr. Ahmed CHAFRY
Hay Raha Rue Banafa
Bis Bejaia Séjour Casablanca~~

Mme

AFIF Fatma

150,00 x 3

0

- Arginib



49,60 x 3

Amep

- 0 - V

21,80 x 5

- As pég

- 0 - C

57,80 x 3

Toura 10

- 1 - C

38,80 x 1

Mux et sinus

- 0 - C

63,00

Garrison

- 0 - C

185,00

Saffu

- 0 - C

1149,60

de cours

- 0 - C

0522 690 025

0613 02 02 44

344 فلاح فاخ واد الدورة، الطابق الأول، الشقة 3 [قبالة مسجد الحاج فاخ] - الولفة - الدار البيضاء
344, Lot Haj Fateh Bd. Oued Daoura 1 Etg. App.3 [en face de la mosquée Haj Fateh]

El Oulfa - Casablanca - Maroc

@ E-mail: drnajoua.yamoul@gmail.com

LOT : 1092
PER : 09/22
PPV : 57,80 DH

LOT : 1092
PER : 09/22
PPV : 57,80 DH

LOT : 1092
PER : 09/22
PPV : 57,80 DH

49,40

49,40

49,40

LOT : 069
PER : NOV 2023
PPV : 150 DH 0

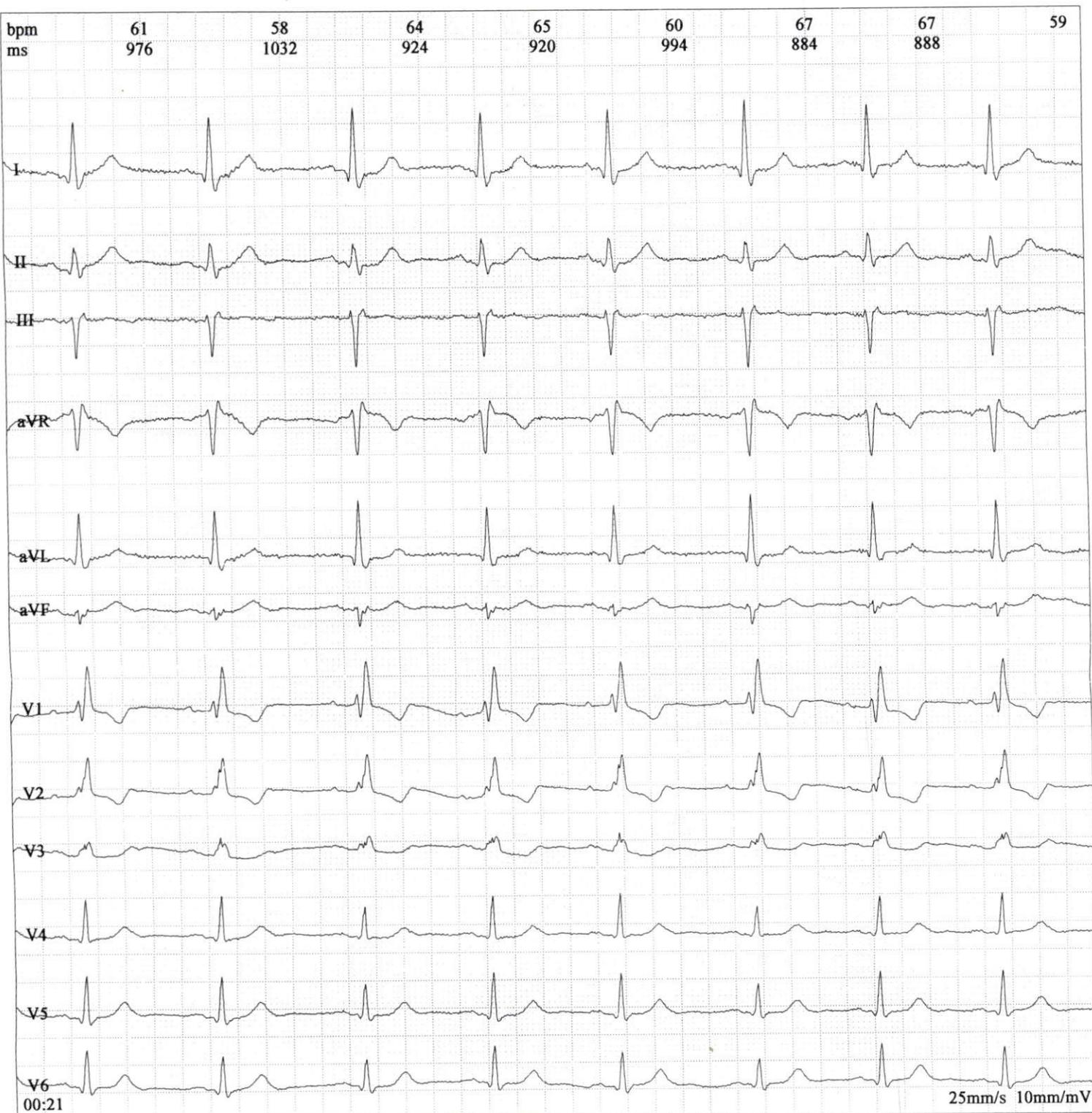
LOT : 068
PER : SEP 2023
PPV : 150 DH 0

LOT : 069
PER : NOV 2023
PPV : 150 DH 00

DR NAJOUA YAMOUL

ECG

| | | | | | |
|-----------|-----------------------|-----------------|----------------|--------------------|---------|
| Nom SN | AFIF FATNA 0001764 | Sex Case No. | Age Lit No. | Clinique N Date | Section |
|-----------|-----------------------|-----------------|----------------|--------------------|---------|



| | | | | |
|---------------|---------|---------------|----------|--|
| Frequency: | 1000 Hz | PR Interval: | 176 ms | Prompt: Total Beats 36 ,Normal Beats 36,SVE 0 ,VE 0 . |
| Sample Time: | 36 s | QT Interval: | 418 ms | |
| HR: | 63 bpm | QTc Interval: | 434 ms | |
| P Interval: | 90 ms | P Axis: | 58.71°Cb | |
| QRS Interval: | 60 ms | QRS Axis: | -5.99°Cb | |
| T Interval: | 224 ms | T Axis: | 47.01°Cb | |

Signature Medecin :