

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

armacie :

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

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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) *65641*

Matricule : *2373*

Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *El HANI Fahima*

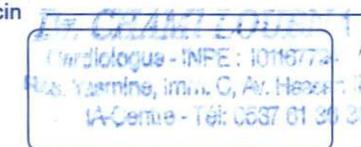
Date de naissance : *1-7-1951*

Adresse : *188, Alhambra, Bouribat, Tanger*

Tél : *05 22 20 45 45 - 05 22 22 78 18* Total des frais engagés : *2872.30* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *31/03/2021*

Nom et prénom du malade : *El HANI Fahima*

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA + trouble du rythme FA

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 : *Rouan*

Le : *31/03/2021*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
31/03/21	CG		300 HTI	<i>[Handwritten signature and stamp]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Handwritten signature]</i>	31/03/2021	2547,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES .

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 :

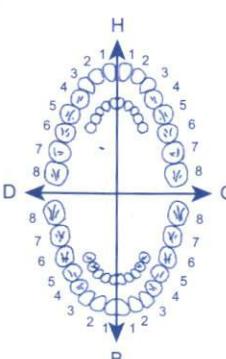
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Loubna CHAMI

Ep. Alaoui

Médecin spécialiste en maladies cardiovasculaires

Cardiologie pédiatrique

Ancien médecin attachée au CHU Ibn Sina, Rabat

Echodoppler cardiaque, Holter ECG,

Holter tensionnel, Epreuve d'effort



الدكتورة لبنى شامي

ن. علمي

طبية اختصاصية في أمراض القلب والشرايين
(للكبار والأطفال)

طبية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا، الرباط
كشف بالصدى، تخطيط القلب 24 ساعة،
قياس الضغط 24 ساعة، فحص المجهود.

le ... 31/03/2021

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban
28 caps

P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A.



XARELTO 20 mg

Rivaroxaban
28 caps

P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A.



XARELTO 20 mg

Rivaroxaban
28 caps

P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A.



MME EL HANI FATIMA

629,00x3 • Xarelto 20 mg 1 , midi, pendant 3 mois

81,00x2 • Fibrocard Ip 240 mg 2 1 gélule, soir, pendant 3 mois

126,00x2 • Dipreza 50 mg / 12.5 mg 1 comprimé, matin, pendant 3 mois

82,10x3 • Inexium 20 mg 1 comprimé, matin, avant les repas, pendant 3 mois

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bno al souam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
640150MP/21NRC P.P.V : 82,10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bno al souam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
640150MP/21NRC P.P.V : 82,10 DH
6 118001 020591

HYDRATE DE VERA-PAMII
LOT 19123/B 1
EXP 09 2023
PPV 81,00 DH

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bno al souam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
640150MP/21NRC P.P.V : 82,10 DH
6 118001 020591

126,00
PPV 126 DH 00
PER 10 / 23
LOT J 2866

126,00
PPV 126 DH 00
PER 10 / 23
LOT J 2866

إقامة ياسمينة، عمارة C ، رقم 48 الطابق الاول، شارع الحسن الثاني ، قارة المركز (قرب البنك العقاري السياحي)

Résidence Yasmina, Imm C, 1er étage Appt 48, Av Hassan II, TEMARA CENTRE - INPE : 101167724 - IF : 14453885

ICE : 001775143000003 - Tel : 0537 61 36 36 - E-mail : loubnachami@yahoo.fr

PHARMACIE DU CONSEIL

LAHLOU YOUSSEF

0537741163

33 RUE DE RABAT TEMARA, TEMARA



Facture N° 20210401-763

Date de vente : 31/03/2021
Médecin traitant :

EL HANI FATIMA

Maroc

Produit

	Qté.	P.U	TVA	Total
XARELTO CO 20MG B28 COMP	3	629,00	Exonéré (0.00%)	1 887,00
FIBROCARD CO 240MG B30 COMP	2	81,00	Exonéré (0.00%)	162,00
DIPREZAR CO 50MG/12.5MG B30 COMP	2	126,00	Exonéré (0.00%)	252,00
INEXIUM CO 20MG B14 COMP MR	3	82,10	TVA (7.00%)	246,30

102019892
PHARMACIE DU CONSEIL
Dr. Youssef Lahrou
33, Rue de Rabat Temara
Tél/Fax: 05 47 74 11 63

Total HT	2 531,19 DHS
TVA	16,11 DHS
Total	2 547,30 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : deux mille cinq cent quarante-sept DHS et trente centimes

Dr. Loubna CHAMI

Ep. Alaoui

Médecin spécialiste en maladies cardiovasculaires

Cardiologie pédiatrique

Ancien médecin attachée au CHU Ibn Sina, Rabat

Echodoppler cardiaque, Holter ECG,

Holter tensionnel, Epreuve d'effort



الدكتورة لبني شامي
نر، علوى

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب والشرايين
(للكبار والأطفال)

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا، الرباط
كشف بالصدى، تخطيط القلب 24 ساعة،
قياس الضغط 24 ساعة، فحص المجهود.

ELECTROCARDIOGRAMME - ECG -

Nom : EL HANI FATIMA.
Date : 31 - 03 - 21

Dr CHAMI Loubna

ECG

Nom : EL HANI FATIM ~~Sex :~~ Female Age : Clinique N : Section :
SN : 0009563 Case No. : Lit No. : Date : 31/03/2021 11:37:17



00:08

AC IIR 50Hz/DFT/EMG

25mm/s 10mm/mV

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	--	Prompt:
Temps d'écha	31s	QT Interval:	332 ms	
FC:	79bpm	QTc Interval:	381 ms	
P Interval:	--	P Axis:	--	
QRS Interval:	90 ms	QRS Axis:	-32.40°b	
T Interval:	157 ms	T Axis:	-6.20°b	

Signature Medecin :