

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

litions 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.

iologie 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.

tique :

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.

ntaire :

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

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 5165 Société : RAM (67866)

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : DARKAOUI Saïda

Date de naissance : 20/04/1966

Adresse : Haj Fathia 5 - N° 29 601 Casablanca

Tél. : 07 07 77 30 98 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint Enfant

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent[e] :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
	D	H	G	
	25533412 00000000	21433552 00000000		
	00000000 35533411	00000000 11433553		
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Montant des soins
				Date du devis
				Fin d'exécution
Visa et cachet du praticien attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	P 14 / 0022768	
Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 9165	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom DARK KAOUI Saida			
Fonction	Kauf	Phones 0707773098	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient	DARK KAOUI Saida	
<input type="checkbox"/> Adhérent	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	Age 01.04.2021
Nature de la maladie		HTA	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
01/04/2021	Cst + ECG	250,00	
PHARMACIE	Date 01/04/21		
Montant de la facture		T = 1 239,20	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV



- 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 الإستشفائي ابن رشد
بيان فحص القلب بالصدى بجامعة بوردو (فرنسا)
تخطيط القلب - فحص القلب بالصدى
الفحص المستمر لدقات القلب والضغط الدموي
اختبار الجهد

Casablanca le :

1 / 4 / 2021

M^{me}

DARKAOUI

Saïda

$$21,80 \times 5 = 109,00$$

(75)

- Aspirin 100

$$101,80 \times 3 = 305,40$$

(75)

- Covertyl 15

$$57,70 \times 4 = 230,80$$

(75)

- Aldozone 50

$$99,00 \times 2 = 198,00$$

(75)

- US Nog 20

$$44,00 \times 9 = 396,00$$

(75)

- Cardizem 625

$$\text{RDV dans 15j} \quad 14p 1/2 - 0 - 14p 1/2$$

(75)

$$T = 1239,20$$

0522 690 025

العنوان: شارع الحاج فاخ - الدار البيضاء
الشقة 3 [قبلة مساجد الحاج فاخ] - الولفة - الدار البيضاء
344, Lot Haj Fateh Bd. Ouéd Daoura 1 Etg. App.3 [en face de la mosquée Haj Fateh]



الدكتورة نجوى يامول
اختصاصية في أمراض القلب والشرايين
Docteur Najoua Yamoul
Cardiologue
GSM: 06 12 04 22
Cardiologue
GSM: 06 12 04 22

0613 02 02 44

P.F. : 20101F
06/2022
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

0
LOT : 20E010
PER : 11/2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80

6 118000 061113

0
LOT : 20E007
PER : 09/2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

0
PER : 10/2021
LOT : 20E008
P.P.V : 21DH80
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
6 118000 061113



0
PPV : 44 DH 00
PER : NOV 2023
LOT : 162
28 Compt

0
LOT : 161
PER : NOV 2023
PPV : 44 DH 00
28 Compt

0
LOT : 20E010
PER : 11/2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

0
28 Compt

0
LOT : 165
PER : JAN 2024
PPV : 44 DH 00
28 Compt

0
LOT : 162
PER : NOV 2023
PPV : 44 DH 00
28 Compt

0
LOT : 162
PER : NOV 2023
PPV : 44 DH 00
28 Compt

P.P.V : 57DH70
LOT : B24044
EXP : 03.2022

P.P.V : 57DH70
LOT : B24044
EXP : 03.2022

P.P.V : 57DH70
LOT : B25144
EXP : 09.2022

P.P.V : 57DH70
LOT : B24044
EXP : 03.2022

0
LOT : 201343
UT AV : 09/2023
PPV : 99,00DH

0
LOT : 200497
UT AV : 03/2023
PPV : 99,00DH

LOT N° :

101,80

101,80

101,80

DR NAJOUA YAMOUL

ECG

Nom DARKAOUI SAÏD
SN 0002053

Age
Case No.

Lit No.

Clinique N
Date 01/04/2021

Section



Prompt:
Total Beats 48 ,Normal Beats 48,SVE 0 ,VE 0 .

Frequency:	1000 Hz	PR Interval:	138 ms
Sample Time:	42 s	QT Interval:	368 ms
HR:	72 bpm	QTc Interval:	407 ms
P Interval:	88 ms	P Axis:	51.18°cb
QRS Interval:	104 ms	QRS Axis:	-7.10°cb
T Interval:	182 ms	T Axis:	76.69°cb

Q S en V₁ V₂ GMS : 06 13 02 02 44
Dr Najoua Yamoul
Cardiologue
Anestésiologue et réanimateur
الدكتورة نجوى يامول
طبيب قلب و متخصص في التخدير والإنعاش
Signature Medecin :