

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

Souscriptions 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.

Gynécologie 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.

Dentaire :

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.

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

N° M20- 0001036

69 187

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 338

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Neveva A.F.I.F fatna

Date de naissance :

BD Jamila bloc B N° 1236

Adresse :

Bay hassani

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/04/2018

Nom et prénom du malade :

A.F.I.F fatna

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° M20-01036

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
19/04/24	Cstt. + FC.		250.00	كتيبة نجوى ياصعب الطبابة في طرابلس والشرايين لهم الله رب العالمين - العز والجل - تم: 05.22.64 بـ 25 BSM - 08.13.00.02

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Ahmed CHAFI Hay Raha, Rue Banafa Bis - Beaufour 34 / 0522 39 54 5 Fax: 0522 94 99 54	13/04/12	9A6, 20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VIOLET ADHERENT

190

* 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 canalaires, ainsi que le bilan d'explorations complémentaires.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a circle divided into 16 equal segments by a grid of 8 horizontal and 8 vertical lines. Each segment contains a small circle with a number from 1 to 8. The numbers are arranged as follows: top row (clockwise from 12 o'clock) is 1, 2, 1, 3, 2, 1, 4, 5; middle row is 5, 4, 3, 2, 1, 6, 7, 8; bottom row is 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1; and the bottom-most segment is empty. Arrows at the top, bottom, left, and right indicate a clockwise cycle around the circle.

[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

Docteur Na

Cardio

PPC: 55,00 DH



ل

ابن

رشد

(نسا)

PPV 20DH00

PER: 07/23

LOT: J2159.

الد

اختصاص

طبية داخلية

دبلوم فحص الـ

تخطيط القلب - فحص القلب بالصدري

الشخص المستمر لدقائق القلب والضغط الدموي

اختبار الجهد

- Ancienne interne au

Diplôme d'échocardiographie
doppler de l'Université Victor Segalen
de Bordeaux (France)

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

Casablanca le :

19/4/2014

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1.

Ain seba Casablanca

Tavanic 500mg cp pel b7

P.P.V : 205,00 DH

6 118001 080830

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zouhour Ibou
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.V: 38.00

38,00

- Erbus

- Anginib 100

180,00 x 3

- Am ep 5

49,40 x 3

- As pégée 100

PHARMACIE HIBA
Dr. Ahmed GHAFRY
Hay Raha, Rue Banafaïla
51 BIS - Beaujolais Casablanca
Tel: 0522 94 99 34 / 0522 94 34 27
Fax: 0522 94 39 27

10,00 - Tora 10

Doli grippe

205,00 - TAVANIC 500

49,40

55,00 - Ken ten sirop

III de 3 mois

49,40

0522 690 025

العنوان: الطاطاوين، الشقة 3 [قبالة مسجد الحاج فاخ] - الولفة - الدار البيضاء
344, Lot Haj Fateh Bd. Oued Daoura 1 Etg. App.3 [en face de la

El Oulfa - Casablanca - Maroc

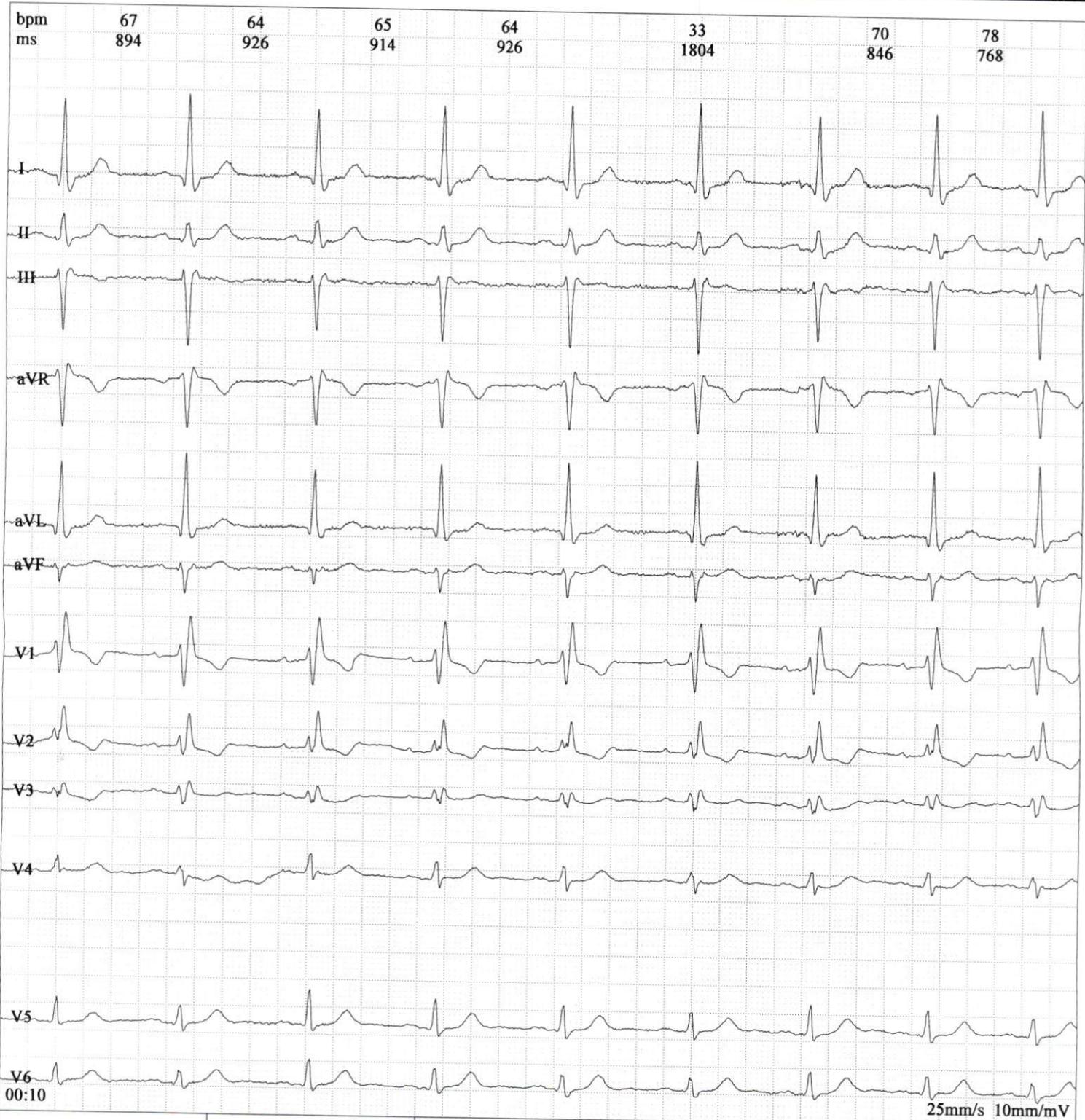
E-mail: drnajoua.yamoul@gmail.com

916, 20

DR NAJOUA YAMOUL

ECG

Nom SN	AFIF FATNA 0002147	Sex Case No.	Age Lit No.	Clinique N Date 04/19/2021	Section
-----------	-----------------------	-----------------	----------------	----------------------------------	---------



Frequency:	1000 Hz	PR Interval:	212 ms
Sample Time:	26 s	QT Interval:	406 ms
HR:	65 bpm	QTc Interval:	415 ms
P Interval:	90 ms	P Axis:	51.28°b
QRS Interval:	102 ms	QRS Axis:	-12.25°b
T Interval:	204 ms	T Axis:	36.06°b

Prompt:
Total Beats 26 ,Normal Beats 26,SVE 0 ,VE 0 .

الدكتور ناجوأ يامول
متخصص في أمراض القلب والشرايين
دكتور ناجوأ فتح شارع واد الدورة البلدة - الدار البيضاء
Tél : 05 22 69 00 25 GSM : 05 13 02 08

Signature Medecin :