

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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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.

76457

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 509 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : *verse de KHATTABI Brahim*

Nom & Prénom : *Moumen Khaddourj*

Date de naissance : 06/01/1963

Adresse : *Lot MY Thami, impasse 2. N° 15 Oufala
Larba*

Tél. : 06 14 35 37 00 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Jr RAGAGUI Driss MBS, FRCR, Ch M.
Chirurgie Cardio-Vasculaire et Interventionnelle
~~Moroccan Heart Institute~~
780, Impasse Medbokita - Casablanca
INP : 09 11 19 05
Tél : 05 22 83 00 83 / 05 22 85 00 11

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Age: / /

Nom et prénom du malade : / /

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *douleurs thoraciques*

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) : / /

 01 JUL 2021
ACCUEIL

INPE0900061458

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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'exploration.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ID: mounen
Name: khaddouj

Sex: Female Birth Date:

Symptoms:

10 mm/mV 25 mm/s Filter: H50 d 100 Hz INP: 091119685
TA: 05 22 03 00 83 / 05 22 05 00 11

Dr. RAGRAGUI Driss MBBS, FRCS, Ch M.
Chirurgie Cardio Vasculaire et Interventionnelle
Moroccan Heart Institute
100, Avenue Modibokta - Casablanca
INP : 091119685
TA : 05 22 03 00 83 / 05 22 05 00 11

Jun- 2-2021 7:42 PM

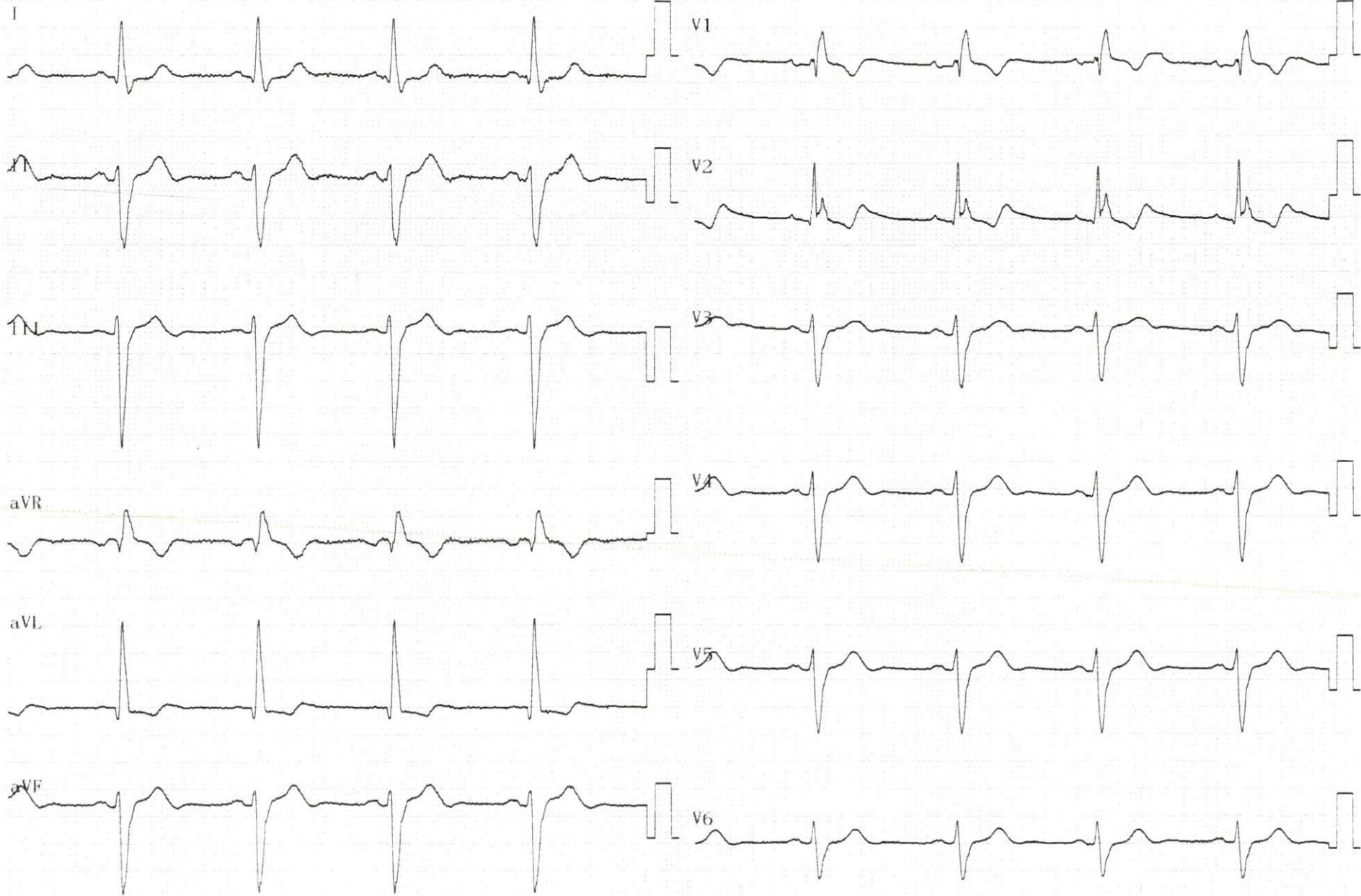
58 bpm

Medication:

cm kg

History:

10 mm/mV



1350K 02-02 02-50 Dept.:

Exam:

ID: moumen

Name: khaddouj

Sex: Female

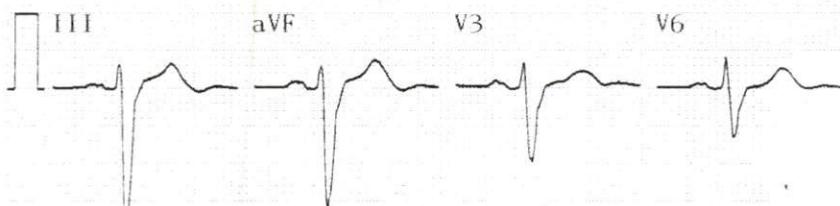
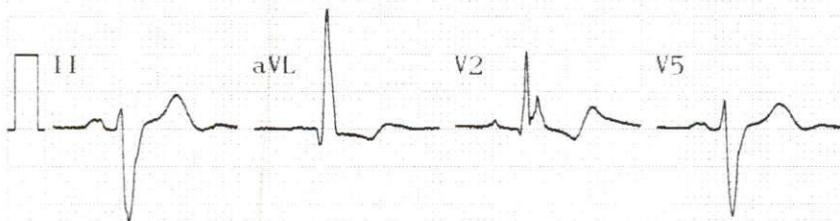
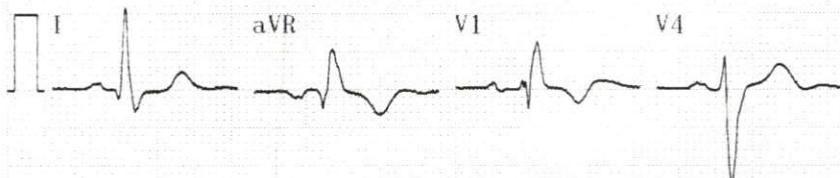
Birth Date:

Years

cm	kg	mmHg	
Vent rate		58	bpm
PR int		162	ms
QRS dur		146	ms
QT/QTc int	464/	460	ms
P/QRS/T axis	47/ -64/	60	°
RV5/SV1 amp	0.400/	0.240	mV
RV5+SV1 amp		0.640	mV

- 1100 Sinus rhythm
 2450 Right bundle branch block
 2630 Left anterior fascicular block
 5234 Left ventricular hypertrophy with
 repolarization abnormality
 9150 ** abnormal ECG **

10 mm/mV 25 mm/s Average



Unconfirmed Report

Reviewed by:

Exam:

*Dr. RAGRAGUI Driss MEBS, FRCS, Ch M.
 Chirurgie Cardi-Vasculaire et Interventionnelle
 780, Impasse Modiboketa - Casablanca
 Tél.: 05 22 83 00 83 / 05 22 85 00 11
 INN : 091119885*

*MOROCCAN HEART INSTITUTE
 780, Impasse Modiboketa
 Tél.: 0522 83 00 83 / 0522 85 00 13
 Fax : 05 22 98 96 96 - Pat : 34753457*