

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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

Le 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.

868521

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 24.21 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bourhounireb Abdelmajid

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

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 causés 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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

tions 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.

ique :

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.

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.

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.

Nº M21-

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2421

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUCHOURIB ABDELMAJID

Date de naissance : 08/04/54

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 06.64.06.22.73

Total des frais engagés :

917,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/09/2021

Nom et prénom du malade :

Boudlouireb Abdelmajid

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 : CASABLANCA

Le : 04/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M21-

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 : 2421

Nom de l'adhérent(e) : BOUCHOURIB

917,10 Dhs

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 04/10/2021

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
16/09/21	CS		300,-	<p>Dr. Soutiane AMINE CARDIOLOGUE Angle Bd. Yennar et Avenue Dr Sillimassal Rés. Samia 1er Etage - Bourgogne Casablanca Tél: 0522 36 55 55 / Gsm: 06 59 39 40 40</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACHE MARRAKCHI <u>Sofia KOUTOUN</u> 54, Rue Ibnou Jann (Ex Tarave) Bourgogne Casablanca Tél.: 0522 34 24 39 / 0661 63 23 23	16/03/2021	6.17,10 -

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D B 35533411 00000000	Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. AMINE Soufiane
Spécialiste en cardiologie
Maladies du cœur et des vaisseaux



الدكتور أمين سفيان
اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

Casablanca 16/09/2021

38,10 x 3

Mr BOUCHOUIREB Abdelmajid

COSYREL 5/10 MG

1 comprimé le matin à jeun, pendant 3 mois

79,90 x 3

NATRIXAM 1.5/5 MG

1 comprimé le matin à jeun, pendant 3 mois

27,70 x 3

CARDIOASPIRINE 100 MG

1 comprimé midi après manger, pendant 3 mois

REGIME PEU SALÉ

14010057

6 118001 130276

COSYREL 5mg/10mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH

Servier Maroc - Casablanca

14010057

6 118001 130276

COSYREL 5mg/10mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH

Servier Maroc - Casablanca

14010057

6 118001 130276

COSYREL 5mg/10mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH

Servier Maroc - Casablanca

14010057

6 118001 130276

30 comprimés à libération modifiée

PPV : 79,90 DH

MGXG0036

6 118001 130184

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
10 comprimés à libération modifiée

PPV : 79,90 DH

14010042

6 118001 130184

30 comprimés à libération modifiée

PPV : 79,90 DH

MXG0036

6 118001 130184

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

14010042

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

MXG0036

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

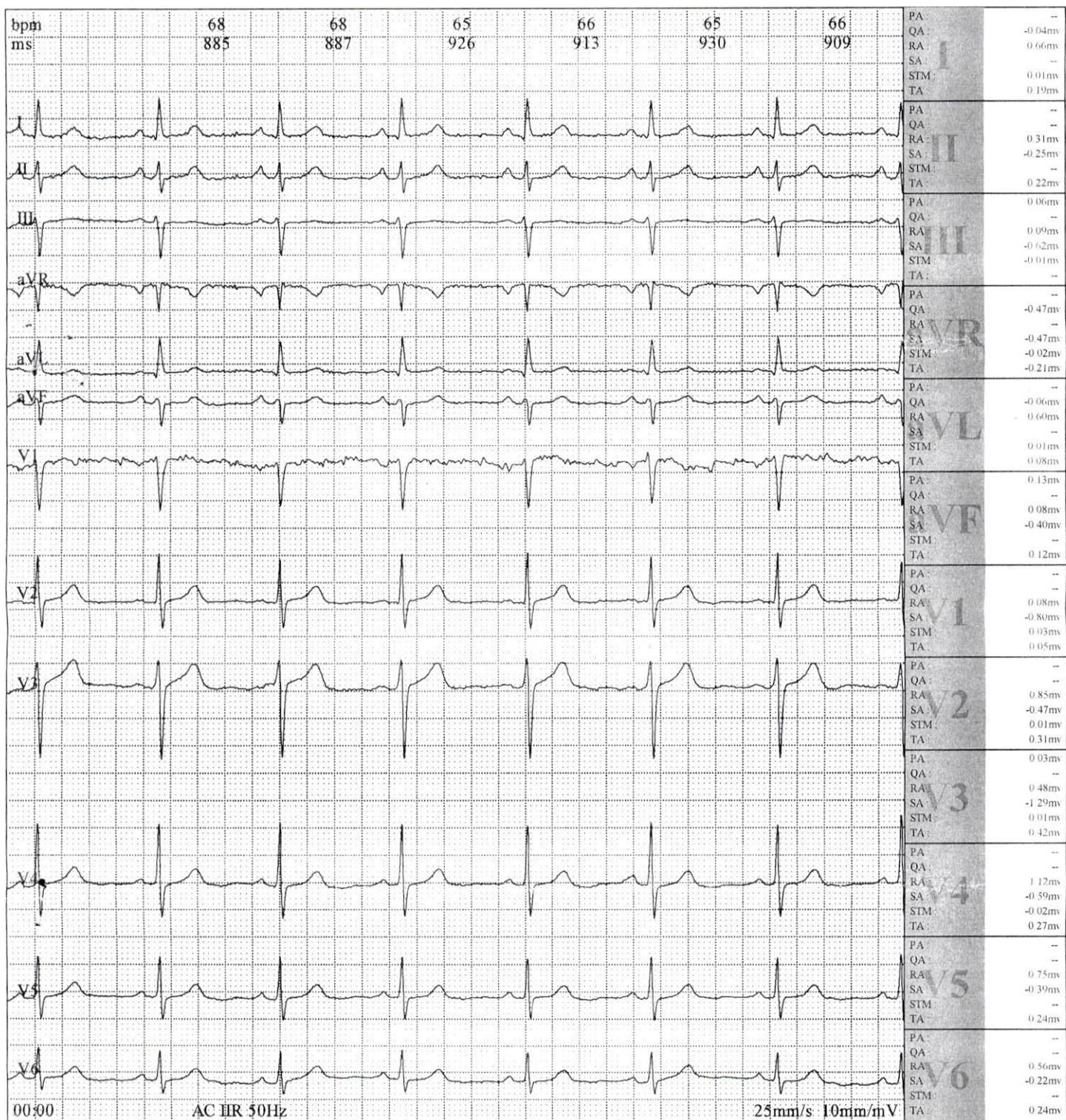
PHARMACIE MARINA
Sofia KOUHEN
Angle Bd. Tantan et Avenue Dr Sijilmassi
54, Rue Ippou Mahir (Ex Tarave)
Bourgogne Casablanca
Tél. : 0522 94 24 39 / 0661 62 23 23

Dr. Soufiane AMINE
CARDIOLOGUE
Angle Bd. Tantan et Avenue Dr Sijilmassi
Rés. Sami 1er Etage Bourgogne
Casablanca
Tél: 0522 36 55 58 / GSM: 06 59 39 40 40

Nambouchouireb abdelmajid

ECG

Sex : Age : Clinic No. : Section :
 SN :0010315 Case No. : Bed No. : Date 16/09/2021



Frequency:	1000Hz	PR Interval:	282 ms	Prompt:
Sample Time:	16s	QT Interval:	396 ms	Total Beats 16 ,Normal Beats 16,SVE 0 ,VE 0 . Middling Left axis deviation;I AV block;
HR:	66bpm	QTc Interval:	416 ms	<i>Rhythme régulier sans; FC = 66 r.</i>
P Interval:	245ms	P Axis:	49.20°Cb	<i>rec - ->-</i>
QRS Interval:	93 ms	QRS Axis:	-25.90°Cb	
T Interval:	191 ms	T Axis:	40.40°Cb	

Dr. Soufiane AMINE
CARDIOLOGUE
 Angle Bd. Tantani et Avenue Dr. Sijhmassi
 Rés. Sami 1er Etage Bourgogne
 Casablanca, Maroc
 Télé: 0522 36 95 55 / Gsm: 06 60 40 40
 Signature: