

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

Conditions 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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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.

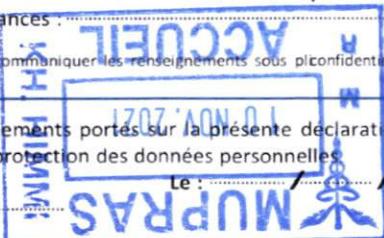
Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-654012

91705

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>6M</u> Société : <u>Ram</u> <input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : _____ Nom & Prénom : <u>Khalid Abdellah mohamed</u> Date de naissance : <u>1-1-1964</u> Adresse : <u>H61 Colisshenent Wolf Denone</u> Tél. : <u>0661183218</u> Total des frais engagés : <u>12 58,10</u> Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :  Date de consultation : <u>15/09/2017</u> Nom et prénom du malade : <u>KHALID ABDELLAH MOHAMED</u> Age : _____ Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : <u>Diabète + coronaropathie</u> 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) : 			

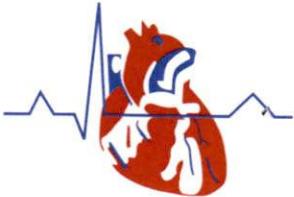
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15-9-2012	Syntex	1	25.000,00	INP : 00183029000079
				ICE : 00183029000079
				INP : 061175584
				ANNEE : 2012
				HASSAN ROCHDI
				RADIOLOGUE
				ROCHDI

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. J. S. SIMOUNA Dentist - Dr. J. S. SIMOUNA	19/12/2011	100.00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

VOLET ADHERENT

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 de l'ODF.																						
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	G																				
	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
	<hr/>																					
	D	G																				
	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
	<hr/>																					
B																						
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																			
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession																						



الدكتور حسن الأيوبي

Docteur AYOUBI HASSAN

أخصائي في أمراض القلب والشرايين وارتفاع الصافط

والدورة الدموية - الفحص بالصدى والمولتير

Spécialiste des Maladies Cardio - Vasculaires

PHARMACIE ECHOCOULOMA

244 lotissement el wafa

Deroua

Fix : 05.22.53.20.54

ل 200 ₣ 60 ₣

Radiation latissima

1. 12.11.1986 - Repetition - Fix : 05.22.53.20.54

2. 11.12.1986 - Fix : 05.22.53.20.54

3. 16.12.1986 - Kanopie - Fix : 05.22.53.20.54

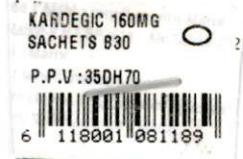
Sur Rendez-vous

HORAIRE : 8h00 - 14h00

VENDREDI : 8h00 - 12h00

80. زنقة ابن رشد - برشيد - الهاتف : 05 22 32 65 84
80, Rue Ibn Rochd - Berrechid - Tél : 05 22 32 65 84

المستعجلات : 06 72 12 00 82



PPV: 147DH40
PER: K2020-1



125,60

125,60

125,60

125,60

125,60

ECG

Dr AYOUBI Hassan

80.rue ibn rochd berchid - Tél :0522326584

NOM:MAHER LATIFA

ID :1883/15

Genre :Femme

Age :61

DDN :18-04-1954

Date Test :15-09-2021 13:01

Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr AYOUBI



Fréquence :	1000 Hz	Interval.QT :	547 ms
Durée ECG :	3 s	Interval.QTc :	573 ms
FC :	66 bpm	Axe P :	45.4°
Durée P :	190 ms	Axe QRS :	44.4°
Durée QRS :	145 ms	Axe T :	18.2°
Durée T :	372 ms	RV5/SV1:	1.24/0.49mV
Interval.PQ :	245 ms	RV5+SV1:	1.74mV

Suggestion :

HT
8 heure 30 à 14 heure
Tel 0522 6561
Rue Ibn Rochd Berchid
Carrefour Bercid
Dokseur Dr Ayoubi Hassan

Signature Médecin: