

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR GIVER 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.

## 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.

## 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

Reclamation : 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 caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

*MUPRAS  
RECEPTION*

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9835 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

EL JIRARI Abdellah

Date de naissance :

01-01-1952

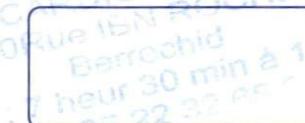
Adresse :

846 Batisseneur El WAFI Annay

Tél. : 06 67 51 34 60 Total des frais engagés : 361.80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

21/12/2021

Nom et prénom du malade : Kaazi FATIMA Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Arthrose

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 : Sousoua

Le : 22/11/2021

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
27/12/2015 C-S + E/G			250,00 DH	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OUMAMA 244 lotissement el wafa Derouane 27/12/2015 22.53.20.54	27/12/2015	M.M. 8

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور حسن الأيوبي

Docteur AYOUBI HASSAN

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين وارتفاع الضغط

والدورة الدموية - الفحص بالصدري والهولتير

Spécialiste des Maladies Cardio - Vasculaires

Echodoppler Cardio - Vasculaire - Holter

24/08/2018

Kooti fatima

22.7



Cardioaspirin 100 mg

Acide acétylsalicylique

11/08/2018



Concor AMI 100 mg

M. A. S.

DR AYOUBI  
CARDIO  
SOCIETY

CONCOR AMI 0 5mg-5mg, comprimé boîte de 30  
ppv : 84.10 dhs

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohammed Doudi, Casablanca

AMN N°50-19-DMP-21NNP

Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



6118001 103119

Cardioaspirine 100 mg/30cpls  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27.70 DH  
Bayer S.A.



118001 090280

Sur Rendez-vous

HORAIRE : 8h00 - 14h00

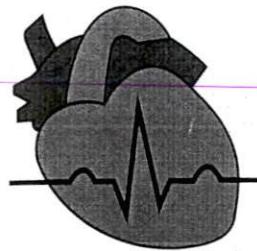
VENDREDI : 8h00 - 12h00

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

Docteur AYOUBI Hassan  
Cardiologue



الدكتور الأيوبي حسن

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

## ELECTROCARDIOGRAMME

## SUR RENDEZ-VOUS

Nom & Prénom : .....*Kouffi fatima*..... الاسم :

Prière de rapporter cet E.C.G. Lors de la consultation suivante

Horaire : du lundi au jeudi de 8h30 à 14h

Vendredi de 8h30 à 12h

05 22 32 65 84، زنقة ابن رشد - برشيد - الهاتف :

80, Rue Ibn Rochd - Berrechid - Tél.: 05 22 32 65 84 - En cas d'urgence : 06 72 12 00 82

Dr. AYOUBI Hassan

# ECG

Dr AYOUBI Hassan

80.rue ibn rochd berchid - Tél :0522326584

NOM:KOUZI FATIMA

ID :1160/21

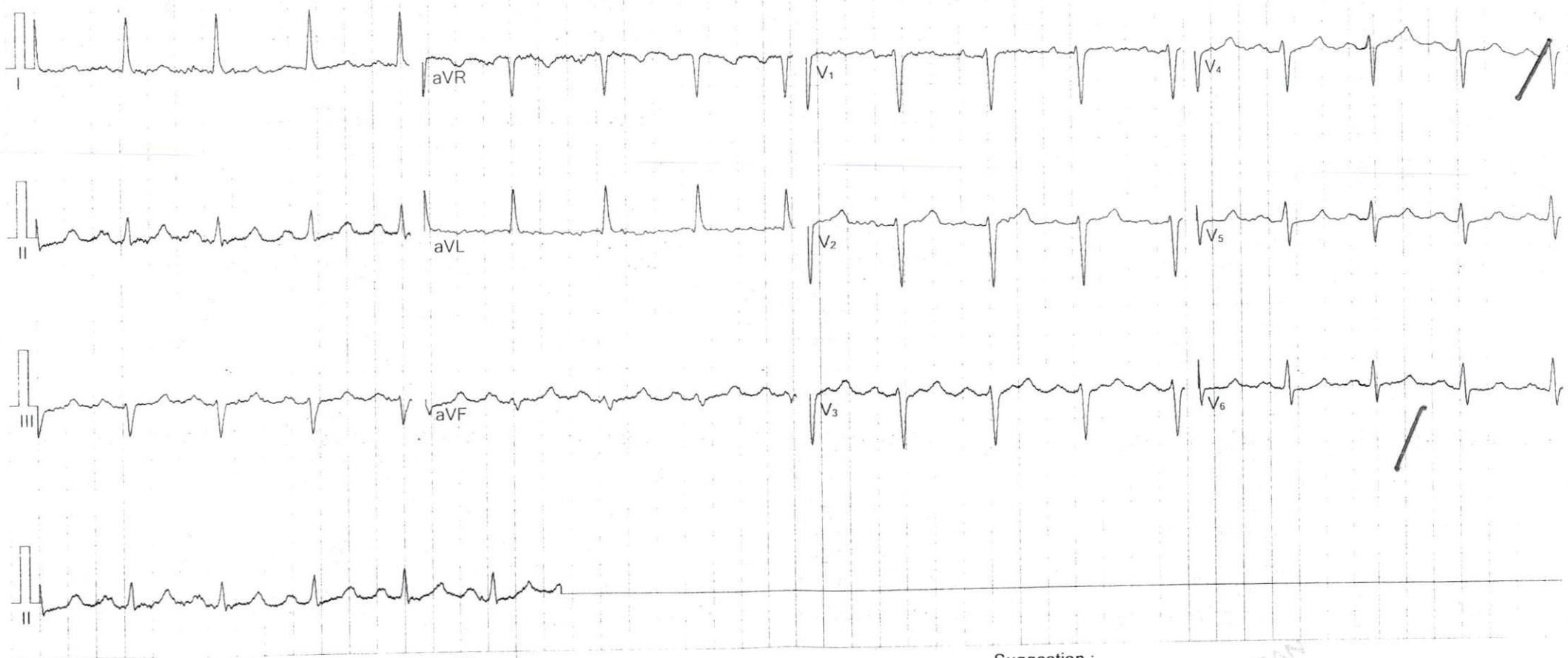
Genre :Femme Age :65 DDN :01-01-1956

Date Test :21-12-2021 09:27

Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr AYOUBI Hassan

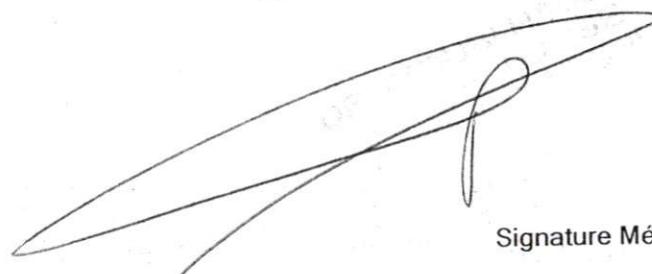
10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



Fréquence :	1000 Hz	Interval.QT :	424 ms
Durée ECG :	4 s	Interval.QTc :	525 ms
FC :	92 bpm	Axe P :	38.9°
Durée P :	174 ms	Axe QRS :	-1.9°
Durée QRS :	92 ms	Axe T :	81.5°
Durée T :	302 ms	RV5/SV1:	0.36/0.93mV
Interval.PQ :	231 ms	RV5+SV1:	1.29mV

Suggestion :



Signature Médecin: