

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **1864**

Société : **R.A.M.**

Actif Pensionné(e)

Autre : **RETRATIE**

Nom & Prénom : **KOUTANI MOHAMED**

Date de naissance : **1945**

Adresse : **CITE HASSANI RAJA 528 N° 947 CASA**

Tél. **0522 89 19 44**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **01/01/2012**

Nom et prénom du malade : **KASSENE FATHIMA**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **H.F.**

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	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Parlement des Actes
El Jadida CS	K 16	300 DH		DR CHEIR Roudani CARDIOLOGUE Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PIAGA DR. MENEJRA Samir Angie Bld. Benou Smaa Rue Hassani - Casablanca T : 02 22 83 50 03	02/02/22	540, 60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

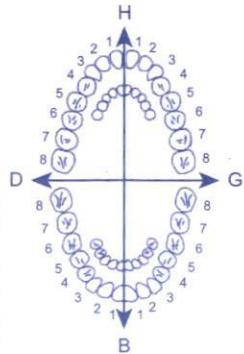
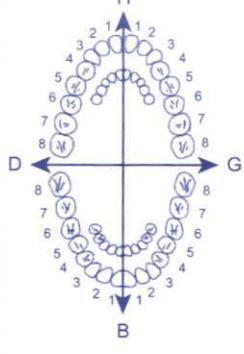
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
																
																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				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



Diplômée de la faculté de Lyon
Ex-attachée de l'hôpital cardiologique de Lyon - Ex chef de service de cardiologie à la CNSS
Membre de la société française de cardiologie

Échodoppler cardiaque et vasculaire - Epreuve d'effort - Holter rythmique et tensionnel

Casablanca le

02/10/2022

M^e kasse de Sehme.

PHARMACIE MANJURA
Dr. M. A. Benou Sidi Barou
16, Avenue Hay Hassani - Casablanca
02 22 83 50 05

306,00 1/ Auli ot 5/160

185,20

imp / metu

Tel
zouz

2/ Rebolek

1/ ep o mudi

DR ZOHEIR
CARDIOLOGUE
230, Bd Brahim Roudani
Maârif - Casablanca

49,40 Auli P5

up 1c le

49,40
LOT 121N102
EXP 11/24
PPV 306DH00

103,20

et regime Hypo enotherien

Tz 540,60

230, شارع إبراهيم الروదاني طريق الجديدة - المعارييف - الدار البيضاء
230, Boulevard Brahim Roudani Ex Route d'El jadida, Maârif - Casablanca

Tél.: 05 22 25 21 81

valable 3 mois

Le 02/02/2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

HIA. Drobete

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois (Toute année)

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

du 02/02/2022 pour 3 mois

site : www.mupras.com / mail : pec@mupras.com / tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-15

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage Casablanca

KASSED FATIMA

N° patient

Date de naissance 28.02.1950 (71 Y.)

Sexe féminin

ECG de repos Évaluation du We 02.02.2022 10:30

Données examen	
QRS (ms)	79
P (ms)	111
PQ (ms)	214
QT (ms)	441
QTc B. (ms)	407 (104%)
QTc disp. (ms)	30
Axe QRS	-24°
FC	51
RR moy (ms)	1176

Rapport non confirmé

rythme bradycardique sinusale

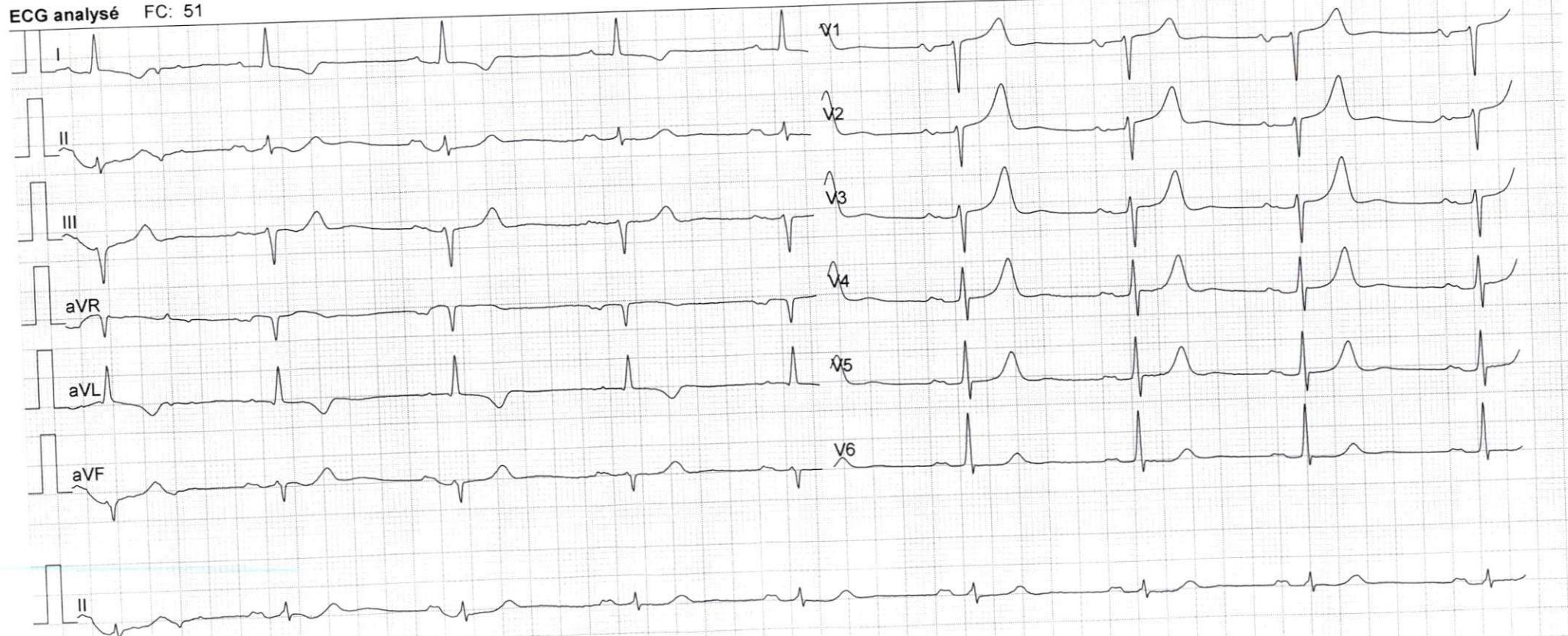
type gauche

Block AV 1. degré

ST elevation in channel V2, negative T-Wave in channels I, aVL, Hyperkaliémie possible

(25 mm/s 10 mm/mV 0.05Hz - 45Hz / 50Hz true wave®)

ECG analysé FC: 51



KASSED FATIMA

N° patient

Date de naissance 28.02.1950 (71 Y.)

Sexe féminin

ECG de repos Évaluation du We 02.02.2022 10:26

Données examen	
QRS (ms)	81
P (ms)	107
PQ (ms)	216
QT (ms)	449
QTc B. (ms)	402 (103%)
QTc disp. (ms)	33
Axe QRS	-24°
FC	48
RR moy (ms)	1250

Rapport non confirmé

rythme bradycardiaque sinusale

type gauche

Block AV 1. degré

ST elevation in channel V2, negative T-Wave in channels I, aVL, Hyperkaliémie possible

ECG analysé FC: 48

(25 mm/s 10 mm/mV 0.05Hz - 45Hz / 50Hz true wave®)

