

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

1234563

Déclaration de Maladie : N° P19-0000718

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 027 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EZZAFTA ELBOUZZARAI Date de naissance : 18/9/1

Adresse : 32, 18^e QUÉD D'AHAB CASA ARABON 25 17

Tél. : 0663572332 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Abdellah HAYTOUMI
Cardiologue
Angle Bd. 10 Mars et Bd. Med Bouziane
Préfecture My Rachid - Sidi Othmane
Casablanca

Date de consultation : 14/07/2022

Nom et prénom du malade : EZZAFTA ELBOUZZARAI Age :

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 :

Le : 14/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/7/22	60000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
25533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

**Docteur Abdellah HAYTOUMI
CARDIOLOGUE**

Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux

Lauréat de la Faculté de Médecine de Nancy

Ancien attaché des hopitaux de France

Echo - Doppler Cardiaque et Vasculaire

Holter Tensionnel et Rythmique (ECG)



الدكتور حيتوumi عبد الله

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين والدورة الدموية

خريج كلية الطب بنانسي

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

الشخص الالهي للقلب - ارتفاع ضغط الدم

Casablanca, le

١٦ / ١١ / ٢٠٢٢

الدار البيضاء، في

El Zaytun El Boutroumi

٩٥٠٠° X ٣

- Micardis ٨٠mg

٦٥٠٠° ١ CP/٢

- Extra mag cr ١

١ CP/٢
voldentol cr ١
١ CP/٢

6 118001 040247

MICARDIS 80mg

(Telmisartan)

28 comprimés

BOTTU S.A.

PPV : 200 DH 00

P032010-002



P032010-002



ECG

Nom : EZ-ZAHAF ELBOUAZZIQUI
SN : 0022456

Male

Case No. :

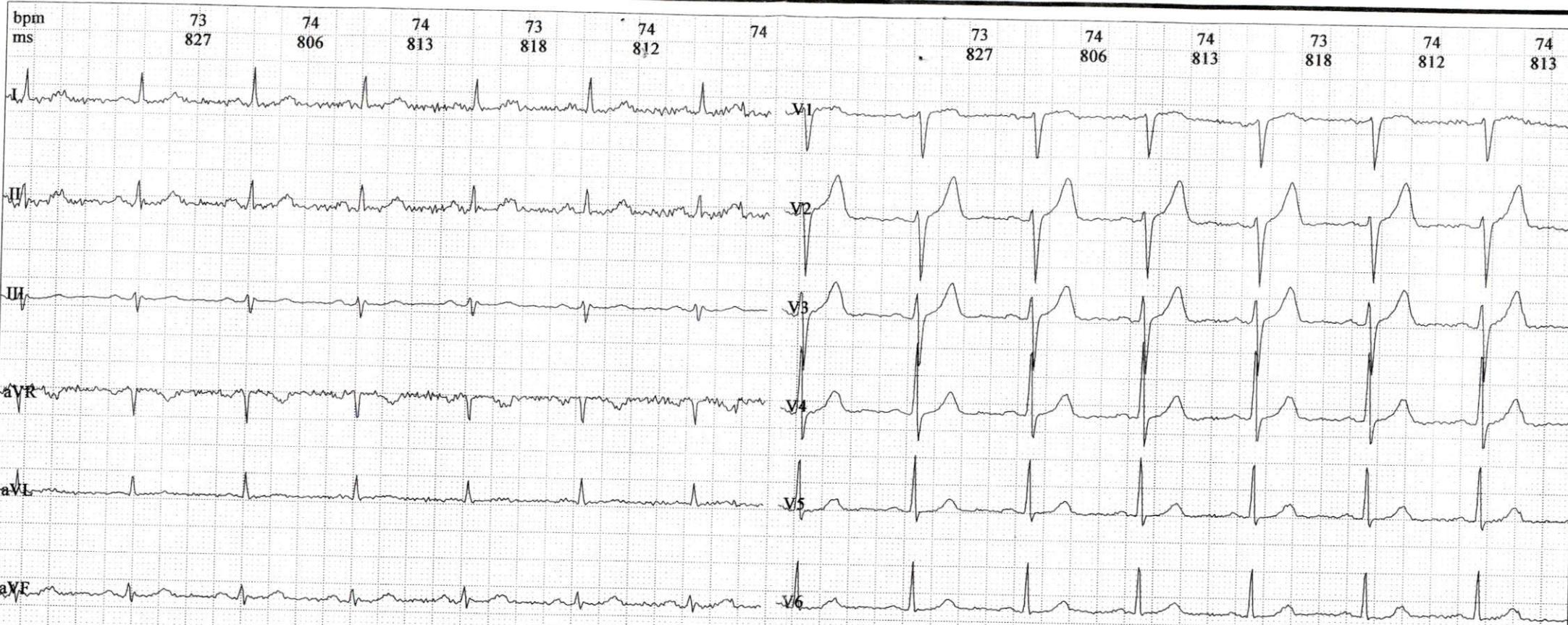
Age : 81Y

Lit No. :

Clinique N :

Section :

Date : 14/07/2022 13:41:58



Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	263 ms	Prompt:
Temps d'écha	11s	QT Interval:	479 ms	
FC:	73bpm	QTc Interval:	528 ms	
P Interval:	218ms	P Axis:	55.20@b	
QRS Interval:	95 ms	QRS Axis:	32.50@b	
T Interval:	315 ms	T Axis:	51.60@b	

Signature Medecin :