

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

N° W21-724459

186154

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 611	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KAIS Abdessabour			
Date de naissance : 01/01/1949			
Adresse : N° 1461 Lot 5 Wafa Dzraou			
Tél. : 0661 153218			
Total des frais engagés : 310, 8. Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
DR AYOUBI HASSAN CARDIOLOGUE 80 Rue IBN ROCHD Berrechid 7 heur 30 min			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : KAIS Abdessabour Age : 81			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Hypertension + Diabète			
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 : Dzraou	Le : 10/07/2022		
Signature de l'adhérent(e) : I. BOUAFIA R ACCUEIL			

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
12/12/2011	CSAE/6	50.0000	INP : ICE 00183502200000119 INP : 061175584	INP : ICE 00183502200000119 INP : 061175584
			DR AYOUBI HASSAN CARDIOLOGUE CN : ROCHE	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OUMOUNA 244 lotissement el wafaa Doréda 5.22.53.20.54	21/7/21	570,80

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

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

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'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<table border="1" 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 style="text-align: center;"><hr/></td> <td 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 style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>	<hr/>	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	G																		
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	<hr/>	<hr/>																		
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																	
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																	
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	



الدكتور حسن الأيوبي

Docteur AYOUBI HASSAN

أخصائي في أمراض القلب والشرايين وارتفاع الضغط

والدورة الدموية - الفحص بالصدور والهولتير

Spécialiste des Maladies Cardio - Vasculaires

Echodoppler Cardio - Vasculaire - Holter

28 - 07 2022

Ic Ais ABdemal HAN

6900

- FERp + CX 40



PHARMACIE EL OUZOUMA
244 lotissement el wafaa
Fix : 05.22.53.20.54

1) Case ()

Kard

S.V.

(04)

2) Case ()
Kard S.V. (04)

S.V.

41 9200

- Detoniel S.V. (04)
ECP / KPM

540,80

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

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs
6 118001 440016

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

92,00
92,00
92,00
92,00

ECG

Dr AYOUBI Hassan

80.rue ibn rochd berchid - Tél :0522326584

NOM:KAIS ABDERRAHMAN

ID :2007/15 Genre :Homme Age :66 DDN :01-01-1949

Date Test :28-07-2022 12:38

Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr AYOUBI

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



Fréquence :	1000 Hz	Interval.QT :	508 ms
Durée ECG :	4 s	Interval.QTc :	524 ms
FC :	64 bpm	Axe P :	155.2°
Durée P :	167 ms	Axe QRS :	-45.7°
Durée QRS :	138 ms	Axe T :	94.3°
Durée T :	340 ms	RV5/SV1:	0.01/0.61mV
Interval.PQ :	202 ms	RV5+SV1:	0.63mV

Suggestion :

Docteur AYOUBI Hassan
Cardiologue
80, Rue Ibn Rochd Berchid
Tél: 0522326584 ~ 65.84
H.T: BH 20~ 15 Heure
Signature Médecin: