

## 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° W21-724457

126153

<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 Abderrahman			
Date de naissance : 01/01/1949			
Adresse : N° H61 LOTISSEMENT WAFA, DEROUA			
Tél. :	0661153218	Total des frais engagés :	699,60 Dhs
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
DRAYOUBI HASSAN CARDIOLOGUE 80 Rue IBN ROCHD Berrechid			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : MAHER LATIFA Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Diabète - candidose - Osteoporose			
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 : DEROUA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29/07/2022

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
10.7.2021	CS + ECG	3 x 2000000 INP	ICE : 0018302290000084 INP : 061175584	ICE : 0018302290000084 INP : 061175584 YOUSFI HAS CARDIOLOGI que IBN RO Zapechid

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE EL DÉSASSERMENT DU WAFAA</b> <b>Déraoua</b> <b>53.20.54</b>	28/7/2022	699,63

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.																		
<b>Important :</b> 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"/>														
				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></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">25533412      21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000      00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000      00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411      11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412      21433552		00000000      00000000		D	G	00000000      00000000		35533411      11433553		B	
H																		
25533412      21433552																		
00000000      00000000																		
D	G																	
00000000      00000000																		
35533411      11433553																		
B																		
		<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																
				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 - الشخص بالصدى والهولتير

Spécialiste des Maladies Cardio - Vasculaires

Echodoppler Cardio - Vasculaire - Holter

Le 28/02/2022

PHARMACIE EL OUMOUMA

244 lotissement el wafaa

Deroua

Fix : 05.22.53.20.54

Maker (antifac)

49139, 00

~~P~~

Dolene 30 v / 16cc

49 35, 00

PHARMACIE EL OUMOUMA

244 lotissement el wafaa

Deroua

Fix : 05.22.53.20.54

~~K~~

X 3 ml

~~K~~

Kandeeptic 160 (64)

**Sur Rendez-vous**

**HORAIRE : 8h00 - 14h00**

**VENDREDI : 8h00 - 12h00**

699, 00

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

المستعجلات : 06 72 12 00 82

PER : 09 2023  
LOT : 22E004

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30 O

P.P.V : 35DH70



PER : 09 2023  
LOT : 22E004

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30 O

P.P.V : 35DH70



PER : 09 2023  
LOT : 22E004

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30 O

P.P.V : 35DH70



PER : 09 2023  
LOT : 22E004

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30 O

P.P.V : 35DH70



PPV  
LOT  
PER

139,80

PPV  
LOT  
PER

139,80

PPV  
LOT  
PER

139,80

PPV  
LOT  
PER

139,80

# ECG

Dr AYOUBI Hassan

80.rue ibn rochd berchid - Tél :0522326584

NOM:MAHER LATIFA

ID :1883/15

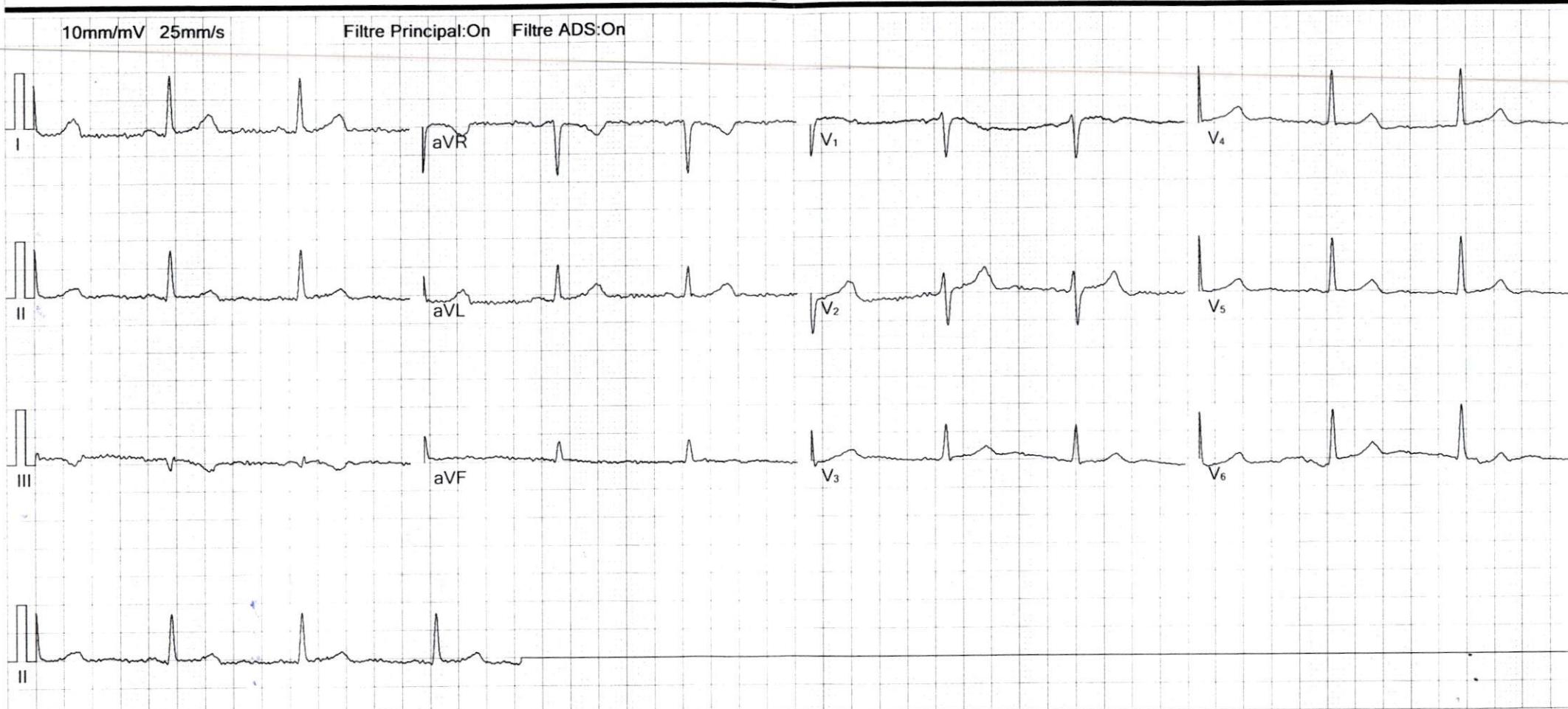
Genre :Femme

Age :61

DDN :18-04-1954

Date Test :28-07-2022 12:40

Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr AYOUBI



Fréquence :	1000 Hz	Interval.QT :	443 ms
Durée ECG :	3 s	Interval.QTc :	454 ms
FC :	63 bpm	Axe P :	-22.9°
Durée P :	111 ms	Axe QRS :	23.9°
Durée QRS :	84 ms	Axe T :	-5.7°
Durée T :	329 ms	RV5/SV1:	0.99/0.67mV
Interval.PQ :	172 ms	RV5+SV1:	1.66mV

Suggestion :

Docteur Hassan  
80, Rue Ibn Rochd Berchid  
Tél: 022.32.65.84  
H.T: 8 Heure 30 à 15 Heure

Signature Médecin: