

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5340**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **MOUARID BOUCHAIB**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0663517268**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **02 / 03 / 2023**

Nom et prénom du malade : **Bouchaib Nouarid** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **HTA**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/03/2023	Examen	6x 66,66	300	DR M. BERNOUSSI 16 N° 1003456789

Cachet du Pharmacien
ou du Fabricant

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIDI n°83, Angle des Rue Sidi El Khadir Tél : 05.22.89.62.93	02/10/2023	103,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

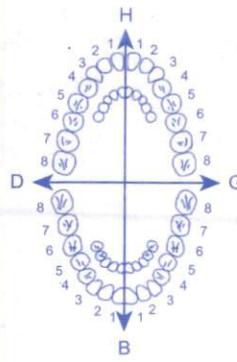
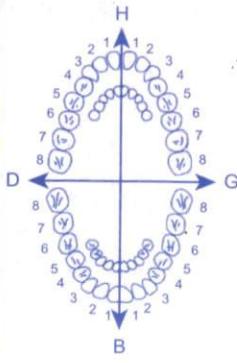
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		Coefficient DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

Dr. BAADDY Naima

Médecin Spécialiste en Cardiologie
 Lauréate de la faculté de médecine casablanca
 Diplômée de la faculté de médecine bordeaux
 Hypertension artérielle - Epreuve d'effort
 Échographie Doppler cardiaque et vasculaire
 Holter rythmique - Holter tensionnel



الدكتورة بعدي نعيمة

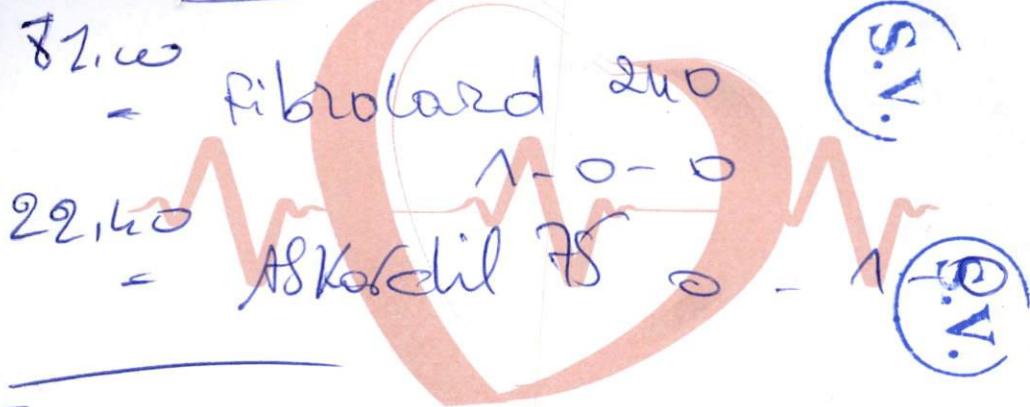
خريجة كلية الطب و الصيدلة
 بالدار البيضاء و بوردو بفرنسا
 ارتفاع الضغط الدموي
 فحص القلب و الشرايين بالصدى و الدوبليير بالألوان
 تحضير القلب لأشعة المجهود

LOT 22A06 2
 EXP 01 2026
 PPV 81.00 DH

Casablanca le : 02 | 03 | 2023

PPU 22DH10
 EXP 09/2024
 LOT 260143

Dr. Bouchaib Rouahid



PHARMACIE SEMLALI
 n°83 Angle des Rues Sidi El Hidj et 18
 Tel : 05 22.89.62.93

الدكتورة بعدي نعيمة
Dr. BAADDY Naima
Cardiologue

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب والشرايين
 Cité Alqods Tranche 1 Rue 16 Numéro 75
 1er étage Sidi Bouzid Casablanca
 Tel: 05 22 75 18 35

ECG

Nom :mouarid bouchaib

Cli No.:

SN:0003015

Sex:

Age:

Section:

CaseNo.:

Lit No:

Date:02/03/2023 17:43:42



00:00 AC 25mm/s 10mm/mV

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	176 ms	Prompt:
Temps d'écha	12s	QT Interval:	272 ms	Total Battem18 ,Battements No18 . in gear Sinus mode Target rate:right atrium Hypertrophy;Abnormal ECG.
FC:	98bpm	QTc Interval:	347 ms	
P Interval:	162ms	P Axis:	87.30;ā	
QRS Interval:	73 ms	QRS Axis:	85.60;ā	
T Interval:	157 ms	T Axis:	58.10;ā	

Docteur: