

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.

M22- 0029541

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01713

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ISMAILI LHASSANE 1156 DEROUA

Date de naissance : 01-07-1955

Adresse : LOT ELOUAFIA 1156 DEROUA

Tél. : 0661155743

Total des frais engagés : 836,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/03/2023

Nom et prénom du malade : 41 ISMAILI LHASSANE Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : DEROUA

Le : 04/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/03/2023	586,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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'ONF

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EL MOURID MONIA
CARDIOLOGUE

Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca
Diplômée de l'Université Paris Descartes en cardiologie pédiatrique
Ancien médecin interne du CHU ibn Rochd - Casablanca
Ancien médecin interne du CHU de Paris
Praticien attachée à l'hôpital universitaire CHEIKH KHALIFA



88,10

يس

الجهد

P.P.V : 88.10 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

ORDONNANCE

23 mars 2023

Mr. ISMAILI Lhassane

88,10 42

1/ XEDILOL 25 MG COMPRIME SECABLE

1/2*2 cp le matin

114.30/3

2/ CO ANGINIB 50/12.5

1 cp le matin

22.40 43

3/ ASKARDIL 75MG 75 MG COMPRIME

1 cp à midi

Traitements pendant : 3 Mois

586,30



DR. EL MOURID MONIA
N°210101
CH. EL WAHDAT
TÉL: 05 22 53 28 58
FAX: 05 22 53 28 59
DR. EL MOURID MONIA
N°210101
CH. EL WAHDAT
TÉL: 05 22 53 28 58
FAX: 05 22 53 28 59

LOT: 314
PER: JAN 2024
PPV: 114 DH 30

LOT: 331
PER: AUT 2024
PPV: 114 DH 30

LOT: 331
PER: AUT 2024
PPV: 114 DH 30

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés

PPV 22DH40
EXP 12/2024
LOT 26014 7

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
PPV 22DH40
EXP 12/2024
LOT 26014 7

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
PPV 22DH40
EXP 09/2024
LOT 22005 9

جزءة النسيم رقم 26 عمارة ديار العلوي رقم 04 الطابق الأول. الدروة



Lotissement Nassim N°26 Immeuble Diar El Alaoui Appt N°4 1er étage



05 22 03 16 74



Urgences : 06 60 62 70 07



cabinet.drelmourid@gmail.com

ID:
ISMAILI, EL HASSANE
FEMME ---
TAILLE: --- POIDS: --- --- TA: ---/---
TRAITEMENT:
OPÉRATEUR:
NOTES:

23/03/2023 15:32:31
FC: 55 bpm
PR: 240 ms
QRSd: 76 ms
QT/QTc: 404/396 ms
QTcB: 386 ms
QTcF: 392 ms
Rv5-6/Sv1: 0,66/0,58 mV
Sok-Lyon: 1,24 mV
AXES: 19/-14/82 °

Rythme sinusal avec bloc A-V 1er degré
--- Interprétation effectuée sans connaître l'âge du patient ---
ECG anormal

