

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 428 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Baraa

De la hay

N. 328

Date de naissance :

15.11.44

Adresse :

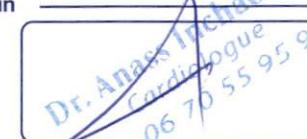
Hay soufia Rue 12 N° 6

CASABLANCA

Tél. : 06.74.57.85.66 Total des frais engagés : 19.15.60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

11/05/2023

Nom et prénom du malade :

Baraa Mohamed

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Anevrisme aortique

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 :

09/05/2023

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
M105R023	Intervention de la maladie	Coef C6	2500 dh	Dr. Anas Hicham Cardiologue Tél.: 06 70 55 95 97

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL CHALAK Haj Nasser Date: 05/05/2023	11/05/23	1665,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

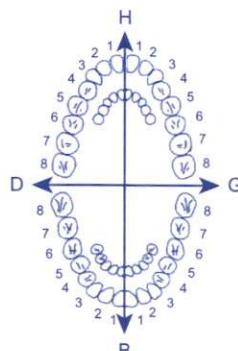
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

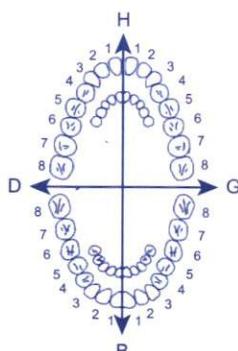
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
				

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 B	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



المعهد المغربي لأمراض وجراحة القلب
Moroccan Heart Institute

780, Impasse MODIBO KEITA - Casablanca 20520

Tél.: 05 22 85 00 11 / 12 / 13 - Fax : 05 22 83 85 00

ICE : 001859090000033 - Patente : 34753457 - I.F. 14421718 - CNSS : 9697866

M510h

Am

BABA

Shawal

(Tw be Zin)

370,00

370,00
x 3

185,00
x 3

370,00

1665,60

PHARMACIE AL OUARD
S. CHALAK Haj Nassar
Docteur en Pharmacie
55 AV. Oued TIZOU - EL OUED
Tél / Fax : 06 22 90 53 45
E-mail : CASABLANCA
Tél : 001641468000057

Moroccan Heart
Dr D RAC

370,00

185,00

185,00

Dr. Anass Inchaouih
Cardiologue
tél.: 06 70 55 95 97

ID:baba

Name:mohamed

Sex:Male

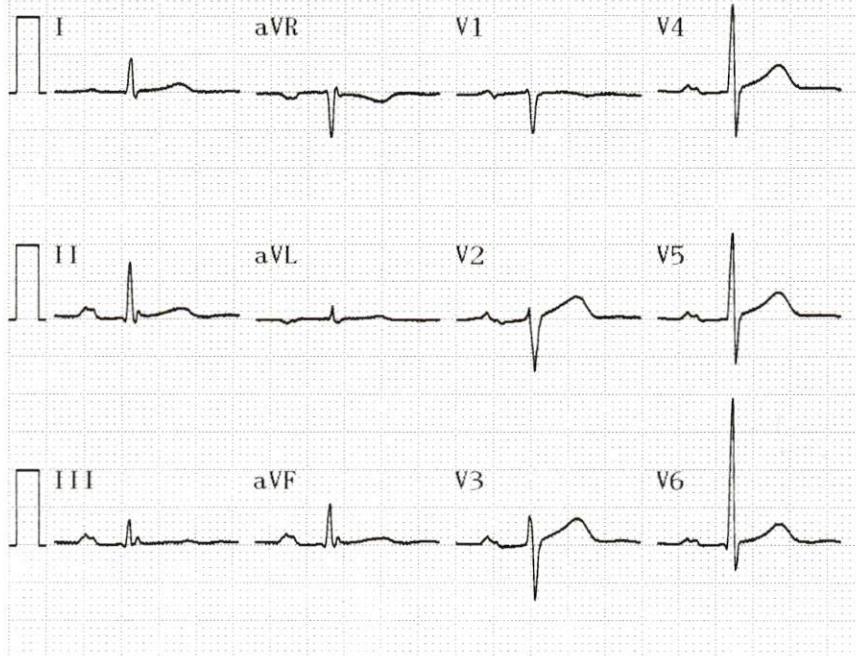
Birth Date:

Years

	cm	kg	mmHg	bpm
Vent rate			57	
PR int			246	ms
QRS dur			88	ms
QT/QTc int		398/	392	ms
P/QRS/T axis		74/	57/	40
RV5/SV1 amp		1.160/	0.535	mV
RV5+SV1 amp			1.695	mV

- 1100 Sinus rhythm
 2231 First degree AV block
 4038 Nonspecific ST elevation
 9150 ** abnormal ECG **

10 mm/mV 25 mm/s Average



Unconfirmed Report

Reviewed by:

Exam:

ID:baba

Name:mohamed

Sex:Male

Birth Date:

Years

May-11-2023 7:50 PM

Medication:

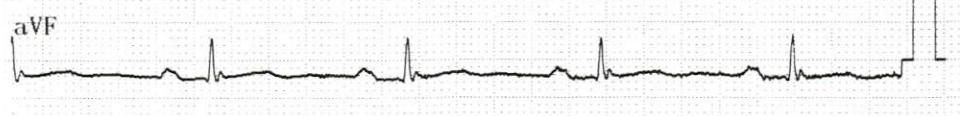
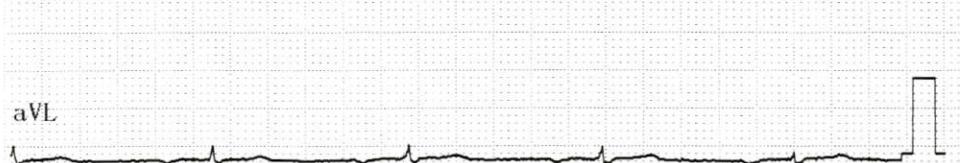
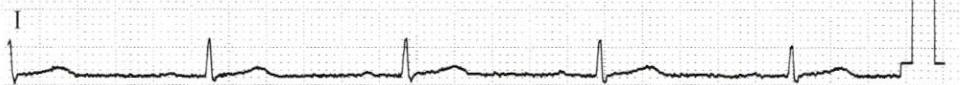
cm

kg

mmHg

58 bpm

10 mm/mV 25 mm/s Filter: H50 d 100 Hz



1350K 01-71 02-40 Dept.:

Exam: