

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 :

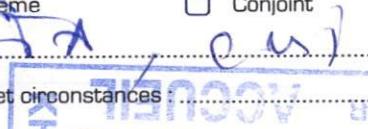
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>3103</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>364</u>
Nom & Prénom : <u>HAMDOUN MHAMMED</u>			
Date de naissance : <u>4/4/1956</u>			
Adresse : <u>HABITUELLE</u>			
Tél. : <u>06.64.68.49.43</u>			Total des frais engagés : <u>1342</u> Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 31/07/2013			
Nom et prénom du malade : H. D. M. M. Age: 57			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : HTA			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 000			
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 : Has Sall alem | 143 Le : 09/06/23

Signature de l'adhérent[e] : 

Signature de l'adhérent(e) :

Signature de l'adhérent[e] : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie de la Ville de Béziers N°26, Cours de la République 13000 Béziers M. Urbain Had Soudain</i>	31.05.23	1042 D

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) and arrows indicating movement paths. The arch is oriented with a vertical H (mesial) at the top, a horizontal D (distal) to the left, and a vertical B (buccal) at the bottom. Movement paths are indicated by arrows pointing towards specific teeth: arrows point to teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8 from the mesial (H) side, and arrows point away from teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8 towards the distal (D) side.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ahmed BIDANI

CARDIOLOGUE

Spécialiste des Maladies du coeur - Vaisseaux

Circulation Sanguine

Hypertension Artérielle - Électrocardiographie

Holter ECG - Holter - Tensionnel (MAPA)

Echo Doppler Couleur Cardiaque

الدكتور أحمد بيداني

اختصاصي في أمراض القلب

الشرايين - الدورة الدموية

ارتفاع الضغط الدموي

التخطيط الكهربائي للقلب - الهولتر

فحص القلب بالأمواج ما فوق الصوتية

والدوببلر بالألوان

CCB

Casablanca, Le : ٢١ / ٥ / ٢٣ الدار البيضاء في :

Mr. HAMDOUW -

180/180

53.00x4

1)

low box

SV

171.40x4

2)

Cap phar

SV

144.50

3)

met 20

SV

1042,10

XOJ

Pharmacie MOUJAMAARAKHAE
N°26 Centre Commercial Rakhae
Pôle Urbain et Industriel El Oumra
Tél : 05.22.96.20.00

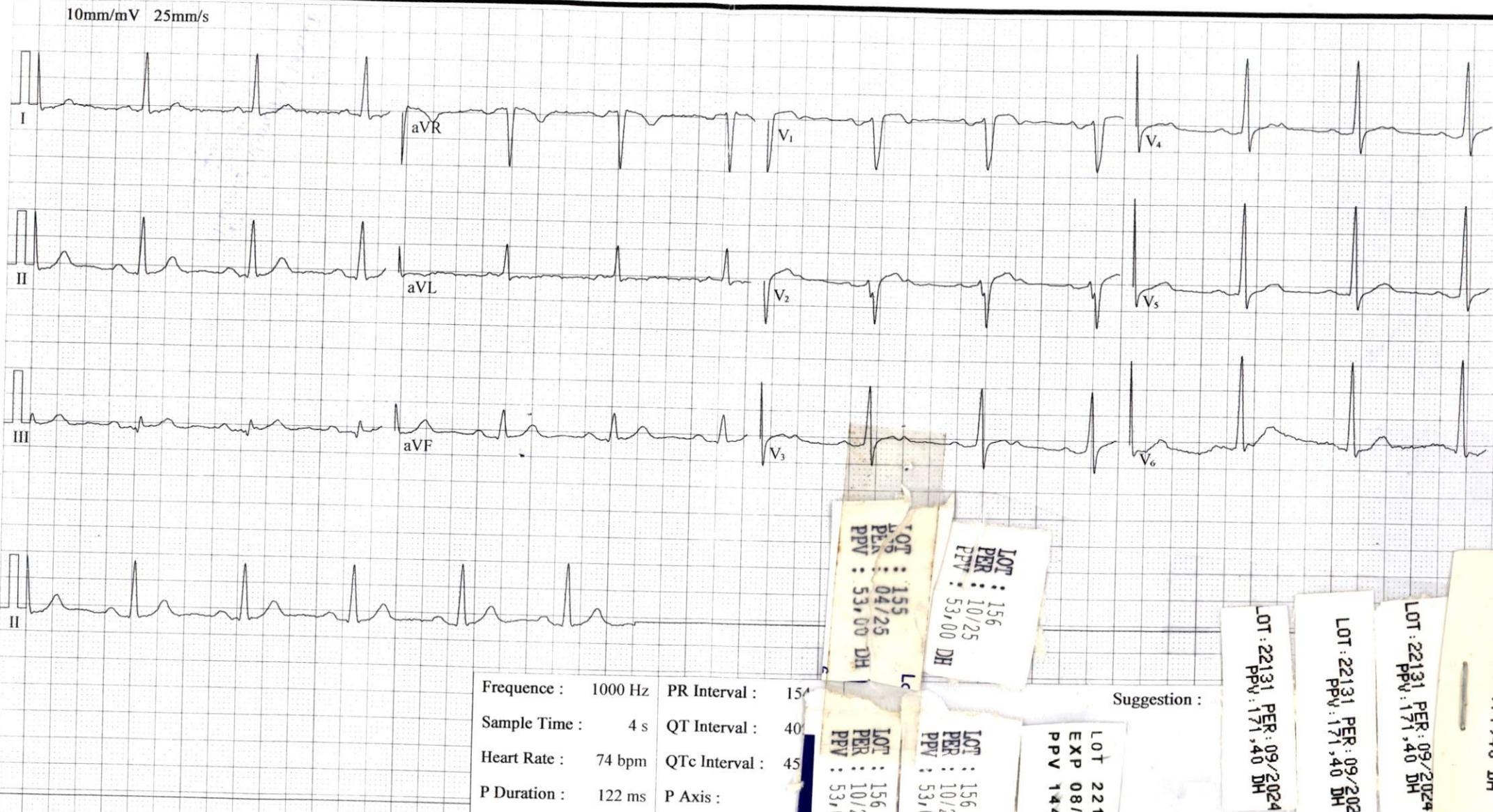
الدكتور
Ahmed BIDANI
Cardiologue
166 Bd. Dakhla-Jamila - Casablanca
Tél : 05 22 29 18 72

ECG

DR.AHMED BIDANI CCB 0522291872

Name :HAMDOUN MHAMED ID :247 Sex :Male Age :67 Date :31-5-2023

10mm/mV 25mm/s



Main Filter:On

ADS Filter:On

Frequency : 1000 Hz PR Interval : 154 ms
 Sample Time : 4 s QT Interval : 40 ms
 Heart Rate : 74 bpm QTc Interval : 45 ms
 P Duration : 122 ms P Axis :
 QRS Duration : 124 ms QRS Axis :
 T Duration : 255 ms T Axis : 69.9°

LOT : 22131 PER : 09/2024
 PPV : 171,40 DH

LOT : 22131 PER : 09/2024
 EXP : 08/2024
 PPV 144.50 DH

Suggestion :

LOT : 221632 PER : 10/25
 EXP : 08/2024
 PPV : 53,00 DH

Physician Signature:

LOT : 22011 PER : 01/2024
 PPV : 171,40 DH