

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.

MUPRAS
RECEPTIONS

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01654

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZEMMAT MOHAMED

Date de naissance : 08/04/1958

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 06 19 01 57 47

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/06/23

Nom et prénom du malade : MOULBI ZINER

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ELI, 27 JUIN 2023

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 : DEROUR

Le : 21/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : Z.Z

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
21-06 2023	CS + ECG		250,00	Dr. MOHAMED MONIA دكتور مهندس محمد CATHÉDRALE CARDIOLOGUE جامعة مصر للعلوم والتكنولوجيا 0522 03 16 74 - INPE 061259196

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE EL OUMOURIA 244 lotissement El wafaa Deroua 05.22.53.20.54	21-6-23	106,60

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.																				
	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient																
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>																
		MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>																
		DEBUT D'EXECUTION		<input type="text"/>																
		FIN D'EXECUTION		<input type="text"/>																
	OD.F PROTHÈSES DENTAIRES																			
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	00000000			B	35533411	11433553	00000000			
	H	25533412	21433552																	
	D	00000000	00000000																	
	00000000																			
	B	35533411	11433553																	
	00000000																			
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
				<input type="text"/>																
				<input type="text"/>																
				<input type="text"/>																
				<input type="text"/>																
				<input type="text"/>																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>																
		MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>																
		DATE DU DEVIS		<input type="text"/>																
		DATE DE L'EXECUTION		<input type="text"/>																

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

Echographie doppler cardiaque et vasculaire

Echocardiographie de stress

Holter ECG / Holter Tensionnel / Epreuve d'effort



الدكتورة المريد مني

أخصائية في أمراض القلب والشرايين

خرساني كلية الطب والصيدلة الدار البيضاء

دبلوم أمراض القلب للأطفال بجامعة باريس

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفيات الجامعية باريس

طبيبة بالمستشفى الصوتي للقلب والشرايين

الفحص بالصدى الصوتي للقلب والشرايين

فحص القلب بالصدى عند الجهد

تسجيل الضغط الدموي ونفاث القلب على المدى الطويل . تخطيط الجهد

ORDONNANCE

PHARMACIE EL OULBI
244 lotissement el wafa
Deroua
05.22.53.20.54

Mme : OULBI Zineb

21 juin 2023

1/ CARDIOASPIRINE 100 MG COMPRIME GASTRO-RESISTANT

1 cp à midi

2/ EXFORGE HCT 10MG/160MG/25MG 10/160/25 COMPRIME
PELICULE

1 cp le matin

3/ NEBILET 5 MG COMPRIME SECABLE

1 cp le matin

4/ VASTAREL LM 35 MG COMPRIME PELLICULE LM

1 cp *2/j

5/ COSTAL 10 MG

1cp/j le soir

6/ Glucovance 100/5

Traitement pendant : 3 Mois

تجزئة النسخ رقم 26 عمارة ديار العلوي رقم 04 الطابق الأول - الدروة

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



05 22 03 16 74



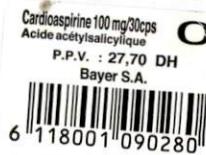
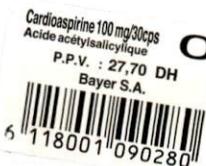
Urgences : 06 60 62 70 07



cabinet.drelmourid@gmail.com

57,80

LOT : 221779
EXP : 11/2025
PPV : 57,80DH



LOT : 221779
EXP : 11/2025
PPV : 57,80DH

LOT : 221779
EXP : 11/2025
PPV : 57,80DH

V140977/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 87DH50

2770

V140977/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 87DH50



V140977/01

Titulaire de l'AMM:
Laprophan
21 Rue des Oudaya,
Casablanca-Maroc

Glucovance 1000 mg/5mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 82.00 DH

Titulaire de l'AMM:
Laprophan
21 Rue des Oudaya,
Casablanca-Maroc

Glucovance 1000 mg/5mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 82.00 DH

137,20

137,20

137,20

Titulaire de l'AMM:
Laprophan
21 Rue des Oudaya,
Casablanca-Maroc

Glucovance 1000 mg/5mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 82.00 DH

137,20