

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 : 4558 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

H. Ayaj Alina

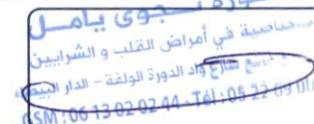
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/07/2023

Nom et prénom du malade : H. Ayaj mina Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : / /

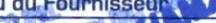
Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25.07.23	Ort. + ECG		300,00	جواي يامن تم إيداع المبلغ في الحساب البنكي البنك العربي - الفرع المركزي - الدار البيضاء 008-0613020244 14.07.22 69 00 25

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 		

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 3D grid with 8 vertices. The top vertex is labeled 'H'. The bottom vertex is labeled 'B'. The leftmost vertex is labeled 'D'. The rightmost vertex is labeled 'G'. The grid is composed of 16 small circles arranged in a 4x4 pattern. The vertices are positioned at the intersections of these circles. The top row of circles is labeled with the number 1. The second row is labeled with the number 2. The third row is labeled with the number 3. The bottom row is labeled with the number 4. The leftmost column of circles is labeled with the number 1. The second column is labeled with the number 2. The third column is labeled with the number 3. The rightmost column is labeled with the number 4. The top-left circle (H) is labeled with the number 1. The top-right circle (B) is labeled with the number 1. The bottom-left circle (D) is labeled with the number 1. The bottom-right circle (G) is labeled with the number 1. The other 12 circles are labeled with the number 2.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



- طبيبة داخلية شابعاً بالمركز الإستشفائي ابن رشد
- دبلوم فحص القلب بالصدى بجامعة بوردو (فرنسا)
- تخطيط القلب - فحص القلب بالصدى
- الفحص المستمر لدقات القلب والضغط الدموي
- اختبار المجهد

- Ancienne interne au CHU Ibn Rochd
Diplôme d'échocardiographie
doppler de l'Université Victor Segalen
de Bordeaux (France)

Electrocardiogramme - Echocardiographie doppler
holter rythmique et tensionnel
Épreuve d'effort

25 | 7 | 2023

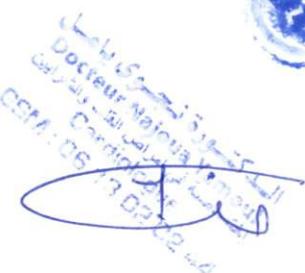
Casablanca le :

Mme HAYAJ Minia



120,00 x 3 = 360,00
- irvel 150 mg 1-0-0
50,70 x 2 = 101,40
- cardenril 2,5 1/2 -
100,00 - jnne toms aux 1-0-0
570,00

tip de 3 mors



120,00

120,00

120,00

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
 Comprimés pelliculés sécables B/30
 PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30
 PPV: 50,70 DHS

7862160246

7862160246

FR	Pour 1 ampoule de 10 ml
Extrait de GINSENG	90 mg soit 11 mg de ginsénosides
Extrait de MATE	67 mg soit 14 mg
Extrait de GUARANA	130 mg de caféine

Conseils
 Diluer la
 verre d'
 ampoule
 pendant
 jours po
 Prix
 Léger
 l'ampoule
 l'ampoule

22327 0725

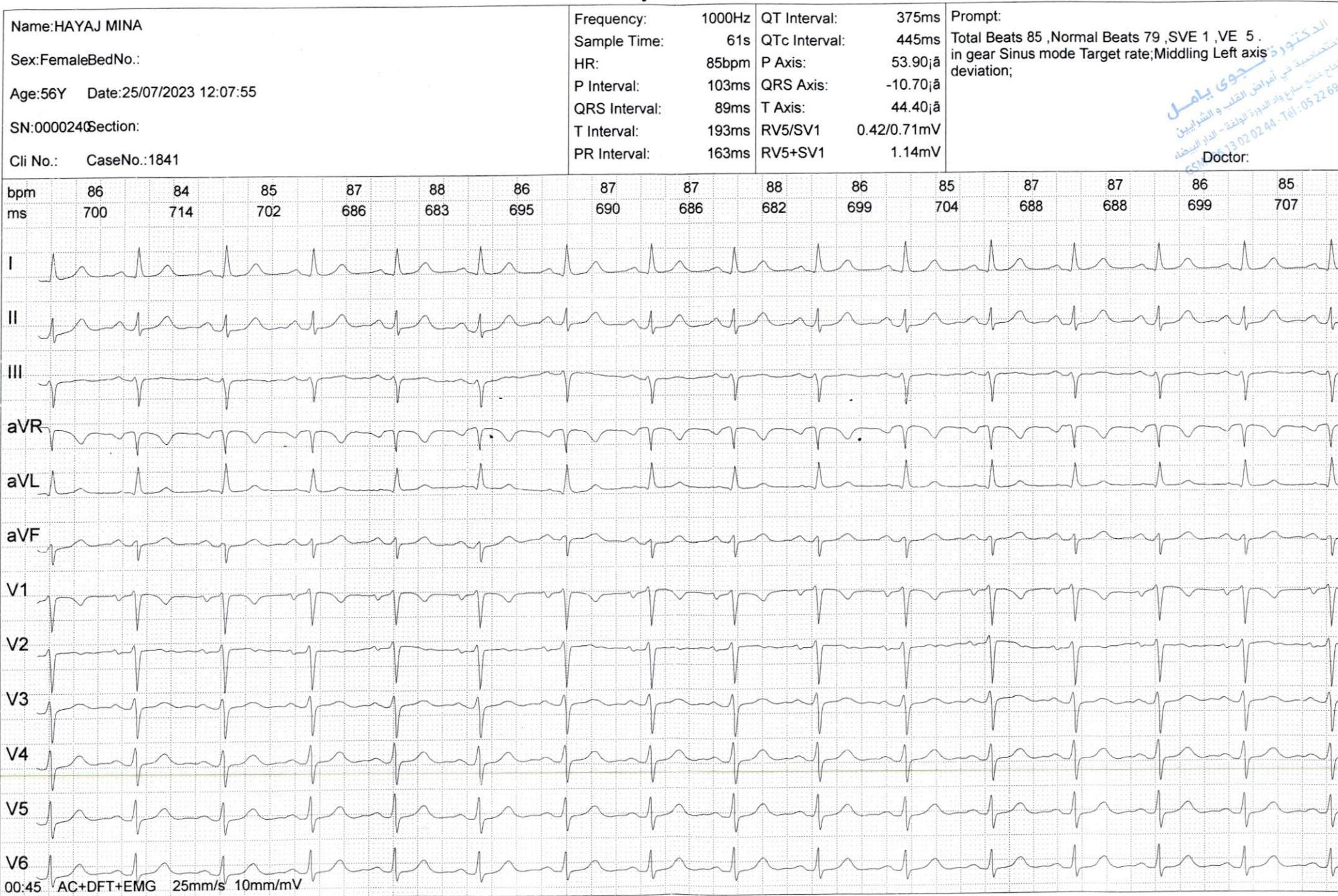
109.00

Teneur élevée en caféine (14mg/ampoule),
 déconseillé aux enfants de moins de 15
 ans et aux femmes enceintes ou
 allaitantes.

EN	For 1 vial of 10 ml
GINSENG extract	90 mg i.e. 11 mg of ginsenosides
MATE extract	67 mg i.e. 14 mg
GUARANA extract	130 mg of caffeine

Instructions for use:
 Dilute the content of the vial in a glass of
 water or fruit juice. Take 1 vial per day,
 preferably in the morning, for 20 days
 during times of stress or for 10 days to stay
 in shape. A slight deposit is normal. Shake
 the vial vigorously before use.
 High caffeine content (14mg/vial),
 not recommended for children under 15
 years old and pregnant or nursing
 mothers.

Dr Najoua Yamoul



الدكتورة نجوى يامول
 متخصصة في أمراض القلب والشرايين
 مولانا مستشفى سانع واد الدوحة - الدار البيضاء
 Tel: 05 22 69 70 25
 Doctor: 13 02 02 44