

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-802159

A71938



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

2751

Société :

RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0669792679

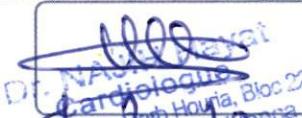
Total des frais engagés :

692,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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.

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/05/2023



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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
25/05/2022	6 + ECU	300	ECU	INP : 091113914 NANTH Hayat docteur abdellah hôpital abdellah

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien DU CHEMISSEUR	Date	Montant de la Facture
 Bloc 211 N°124 Hay Hassani Bd. Saïd Pharmacie Naima NASA INR 195044569	25-05-93	392,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

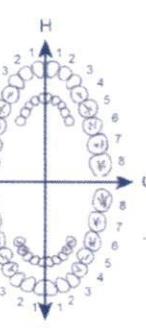
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

RELEVÉ 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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																		
					INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
					Coefficient des travaux <input type="checkbox"/>																	
					Montants des soins <input type="checkbox"/>																	
					Début d'exécution <input type="checkbox"/>																	
					Fin d'exécution <input type="checkbox"/>																	
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding-bottom: 5px;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding-bottom: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><hr/></td> <td style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><hr/></td> <td style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>	<hr/>	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>	<hr/>	B	B
H	G																					
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
<hr/>	<hr/>																					
D	G																					
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
<hr/>	<hr/>																					
B	B																					
		Coefficient des travaux <input type="checkbox"/>																				
		Montants des soins <input type="checkbox"/>																				
		Date du devis <input type="checkbox"/>																				
		Date de l'exécution <input type="checkbox"/>																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																						

Docteur Hayat NAJIH
Cardiologue



**الدكتورة حياة ناجي
اختصاصية في أمراض القلب والشرايين**

Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien interne à l'hôpital de la Timone à Marseille

Ancien interne du CHU Ibi Rochd de Casablanca

Diplômée en Echocardiographie de l'Université Bordeaux Segalen

Diplômée en cardiologie pédiatrique de l'Université Paris Descartes

Diplômée en imagerie vasculaire de l'Université Paris Sud.

خريجة كلية الطب في الدار البيضاء.

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى مارسيليا بفرنسا.

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى ابن شاه بالدار البيضاء.

حاصلة على شهادة فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا.

حاصلة على شهادة فحص الشرايين والوعية بالصدى من جامعة باريس.

حاصلة على شهادة أمراض القلب الإكلينيك من كلية الطب ببرلين.

Casablanca, le : 25/05/2023

98,10 x 4

14011057



6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg O
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

S.N.



6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg O
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca



6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg O
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

14011057

392,40



Bd. Afghanistan, Derb Houria, Bloc 225, N°1, 2ème Etage , Hay hassani, Casablanca
شارع افغانستان درب الحرية ، بلوك 225، رقم 1، الطابق الثاني، الحم الصنف، الدار البيضاء.

Tél. : 05 22 90 70 51 - GSM : 06 62 69 23 99

cabinet dr najih hayat
2023-05-25 18:10

ID: _____

Nom: _____

Taille: _____ cm Poids: _____ kg Sexe: _____ Age: _____
FC [bpm]: 60 SYS/DIA: _____ / _____ mmHg

Intervalle PR [ms]: 190

Durée P [ms]: 135

Durée QRS [ms]: 90

Durée T [ms]: 257

QT/QTc [ms]: 412/414

Axe P/QRS/T [deg]: 22.8/0.2/17.5

R(V5)/S(V1) [mV]: 1.16/0.81

R(V5)+S(V1) [mV]: 1.98

<<Conclusions>>

Ryth. sinusoïdal norm.

Dévia. ax. gche légère;

Le rapport doit être confirmé par un médecin

Médecin

