

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 : 05957

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL MADIANI ABDELLAH

Date de naissance : 04-9-1965

Adresse : 215 RUE ALI OUARDES APTS

CA 51

Tél. 0661066795

Total des frais engagés :

633,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/08/2013

Nom et prénom du malade : EL MADIANI ABDELLAH Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA I HVG

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 : 05/08/2013

Le : 05/08/2013

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
01/08/23	CS		300,00	<i>Samir El Hage Boulaq 16555/Gsm: 06 55 55 55 55</i>
				<i>Samir El Hage Boulaq 16555/Gsm: 06 55 55 55 55</i>
				<i>Samir El Hage Boulaq 16555/Gsm: 06 55 55 55 55</i>
				<i>Samir El Hage Boulaq 16555/Gsm: 06 55 55 55 55</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE D'ALMA Avenue de l'Europe 20000 Casablanca - Tél: 0522 22 67</i>	01/08/23	33332

ANALYSES - RADIographies

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
		AM	PC	IM	IV	

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
<img alt="Diagram of the dental arch with numbered teeth from 1 to 8 in both upper and lower arches. A coordinate system is overlaid with points H (top), G (right), D (left),				

Dr. AMINE Soufiane
Spécialiste en cardiologie
Maladies du cœur et des vaisseaux



الدكتور أمين سفيان
الخبير في أمراض القلب والشرايين

Casablanca 01/08/2023

111,00 x3

Mr EL MADANI Abdelhamid

BIPRETERAX 5/1.25 MG
1 comprimé le matin, pendant 3 mois



111,00

REGIME PEU SALÉ

PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE, 25/10/2023 POUR CONSULTATION

333,30

Dr. Soufiane AMINE
CARDIOLOGUE
Angle Bd. Tantan et Avenue Dr Sijilmassi
Rés. Sami 1^{er} Etage Bourgogne
Casablanca
Tél: 0522 36 55 55 / GSM: 06 59 39 40 40

111,00



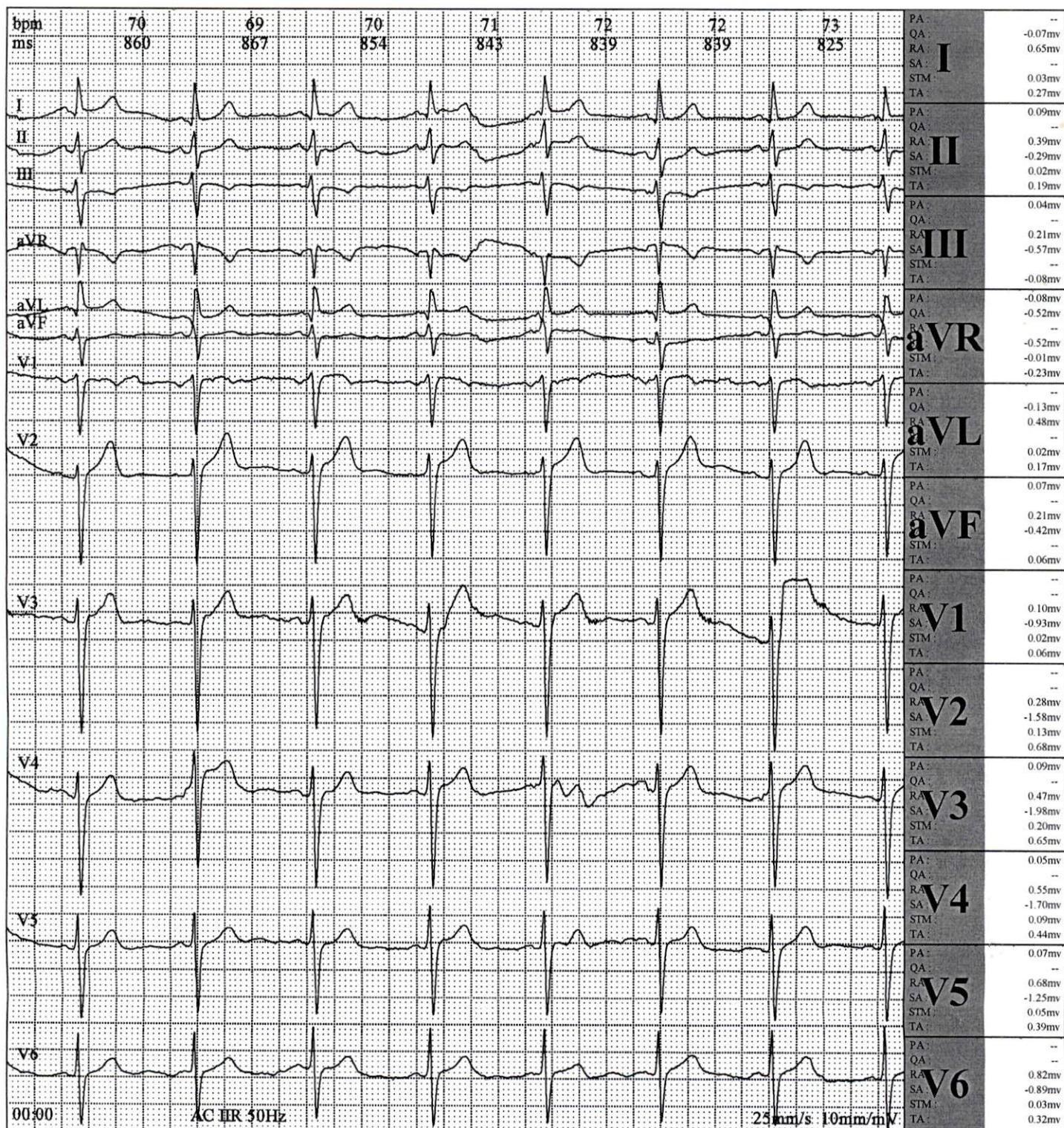
111,00

Name: el madabi abdelhamid

ECG

Sex : Age : Clinic No. : Section :

SN :0005560 Case No. : Bed No. : Date01/08/2023



Frequency:	1000Hz	PR Interval:	121 ms
Sample Time:	9s	QT Interval:	405 ms
HR:	72bpm	QTc Interval:	442 ms
P Interval:	77ms	P Axis:	67.50°b
QRS Interval:	114 ms	QRS Axis:	-22.10°b
T Interval:	236 ms	T Axis:	17.70°b

Prompt:
Total Beats 10 ,Normal Beats 10,SVE 0 ,VE 0 .
in gear Sinus mode Target rate;Middling Left axis deviation;

Dr. Soufiane AMINE
CARDIOLOGUE
Angle Bd. Tantan et Avenue Dr Sijilmassi
Rés. Sami Ter Ersga Bourgogne
Casablanca
Tél: 0522 36 55 55 / GSM: 06 59 39 40 40

Physician Signature: