

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 19464 Société : ND 29045 N

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Chafik Batima

Date de naissance :

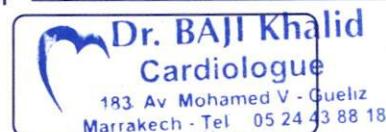
20/09/1983

Adresse :

Tél. 06 58 03 38 16 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13 OCT, 2023

Nom et prénom du malade : IGOUZOLENE Fâima Age : 41 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13.OCT.2023	CS + ECG	01	300.00	 Dr. BAJI Khalid Cardiologue 183 Av Mohamed V - Gueliz Casablanca - Tel : 05 24 43 88 18

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>HARMASSE MOUZDALIFA BL Mouzdaifa Arset Sinko Imm. A9 N° 1 Marrakech Tél. 05 24 33 23 46 INPE : 072044253</p>	13.11.2012.3	1.198.80

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
		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																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
G																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANTS DES SOINS																		
				DATE DU DEVIS																		
				DATE DE L'EXECUTION																		

Dr. BAJI Khalid

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

ICE : 0016701980051



الدكتور الباقي خالد

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
خريج كلية الطب بنينيس بفرنسا

IP : 071017347

Marrakech, le مراكش، في

vendredi 13 octobre 2023

Mme IGOUZOULENE FATIMA

1 - HYTACAND 16

2 - LEVOTHYROX 50

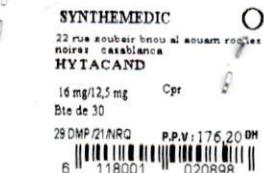
3 - LEVOTHYROX 25

QSP SIX MOIS

176,20x6
13,40x6
6,80 x9
M 98,80

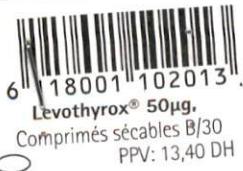
PHARMACIE IGOUZDALE
BL 1000 Avenue Mohammed V
Imme. A 9 N° 244 Marrakech
Tél. 05 24 43 25 46

Dr BAJI Khalid
Cardiologue
183 Av Mohamed V Gueliz
Marrakech - Tel 05 24 43 88 18

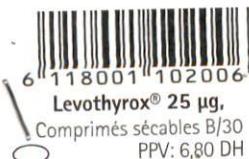


183, شارع محمد الخامس جليز مراكش 183, Av. Mohamed V - Guéliz - Marrakech

الهاتف : 05 24 43 88 18



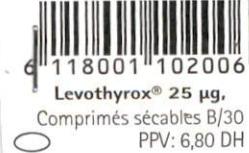
SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier brou al aquam roches
noires casablanca
HYTACAND
16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30
29 DMP/21/NRQ P.P.V: 176,20 DH
6 118001 020898



SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier brou al aquam roches
noires casablanca
HYTACAND
16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30
29 DMP/21/NRQ P.P.V: 176,20 DH
6 118001 020898



SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier brou al aquam roches
noires casablanca
HYTACAND
16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30
29 DMP/21/NRQ P.P.V: 176,20 DH
6 118001 020898



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160335



IGOUZOULENE

FATIMA

22172/12

..... Féminin

71 ans

.... cm / 70 kg

FC 54/min

Axes :

P 46 °

QRS 23 °

T 18 °

Intervalles

RR 1120 ms

P 126 ms

PR 154 ms

P (II) 0.12 mV

QRS 84 ms

S (V1) -0.13 mV

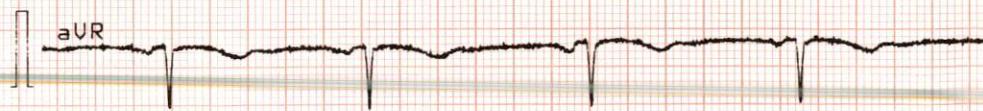
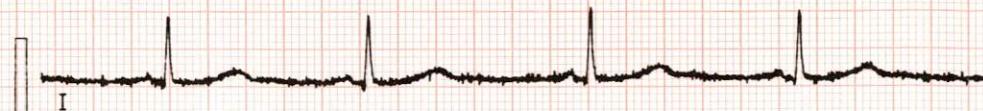
QT 488 ms

R (V5) 1.24 mV

QTC 465 ms

Sokol. 2.27 mV

(Bazett)



25 mm/s 10 mm/mV

F50

28.02.2023 14:51:51

Dr BAJI Khalid
CARDIO Marr10emm/mV

AT-102plus 1.25 M

SCHILLER SWITZERLAND Art. No. 2.157 050

CE0044

LOT D 725