

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-826620

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>0132</u>	Société : <u>nsm</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>19350</u>
Nom & Prénom : <u>RAZAKND nisra</u>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés :	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan			
Nature de la maladie : <u>Hypertension + surmenage</u>			
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'at			
médecin conseil de la Mutuelle.			
05 FEV. 2024			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : _____ Le : _____			
Signature de l'adhérent(e) :			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
31 Mai 2012	ES	62352	INP : 11111111	(Fé) Votre Facture

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ROCHDI Rue M. FIRDAOUS KM 4 Imme A 117 N° 3 Hay Hassan - Casablanca Tel : 022 - 88 . 32 . 86	31/12/2012	PHARMACIE ROCHDI Rue M. FIRDAOUS KM 4 Imme A 117 N° 3 Hay Hassan - Casablanca Tel : 022 - 88 . 32 . 86

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

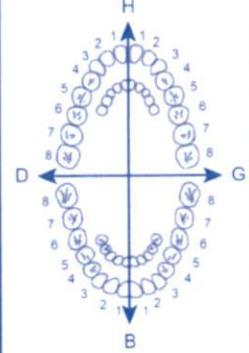
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 d

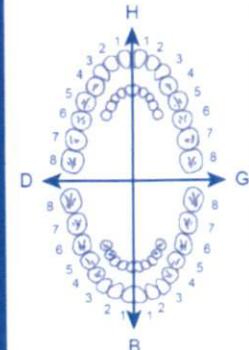
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 11111111
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
25533412	00000000
00000000	00000000
D	G
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

~~ESSAKOCHDI~~

~~PHARMACIE ROCHDI~~
Résidence Al Firdaus
Gh 4 Imm A117 N° 3. Oulfa
Casablanca - Tél: 0522 89 32 86

~~41,80~~

~~AVLOCARDYL 40MG~~
CP SEC 850
P.P.V: 410H80
6 118000 010227

~~Natja~~

~~Mocandy 40g~~

~~PHARMACIE ROCHDI~~
Rés. AL FIRDAOUS (gh 4 imm.
N° 3 Hay Hana
Tél : 0522 86 37 32

~~Rheoxium 300~~

~~1 gel lg pdt 1 més.~~

~~QuaoL Syr~~

~~77,20~~

~~as x 3 / l~~

~~Argin~~

LOT: 312
PER: AVR 2026
PPV: 77 DH 20



- Compte Rendu -

M^{me} ESSAKNI NAINA

Agée de 59 ans.

ATROS = HTA sans Angiemb

Se présente pour Pic Hypertonie à
205/100 mmHg Journalement le surmenage

La patiente a reçu :

1/ Loxen 1g anti-thrombotique

2/ Nitrogran 1mg

OCEANIC CLINIC
Ambulatoire, Réanimation
Dr MAAOUAL INPE-00172-003
Dr FAHIM Aljalil AZL
Dr BERKANI Jaafar DR MAOUAL
Date : 2023-09-10 25000
Signature



090004029



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



090004029

Casablanca Le : 31/12/2023

Facture N° 15327/23

Etablie par MEHDI ACCUEL Page 1/1

Identification

N° Dossier : X3L3112178

N° Identifiant : 23129836/23

Nom & Prénom : ESSAKNI NAIMA

C.I.N. :

Date Début : 31/12/2023

Date Fin : 31/12/2023

Adresse :

Traitemet : Consultation

Médecin : BERRADA J+FARIK J+WAHID NAWAL

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-------------	-----	---------	------	------	---------

SEJOUR

Frais clinique	1	150,00			150,00
Total Rubrique :					150,00

IMAGERIE MEDICALE

Ecg	1	150,00			150,00
Total Rubrique :					150,00

CONSOMMABLE MEDICAL

Consommables médicaux	1	6,09			6,09
Total Rubrique :					6,09

PHARMACIE

Pharmacie	1	17,48			17,48
Total Rubrique :					17,48

PARTIE CLINIQUE :

323,57

HONORAIRES MEDICAUX

Dr. BERRADA J+FARIK J+WAHID NAWAL (ANESTHESISTE REANIMATEUR)	1	300,00			300,00
Total Rubrique :					300,00

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:

300,00

TOTAL FACTURE

623,57

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Six cent vingt trois Dirhams et cinquante sept Cts

Cachet et signature



ID: 2012010100025029
Nom:
Age:
Sexe:

01-01-2012 14:37:08

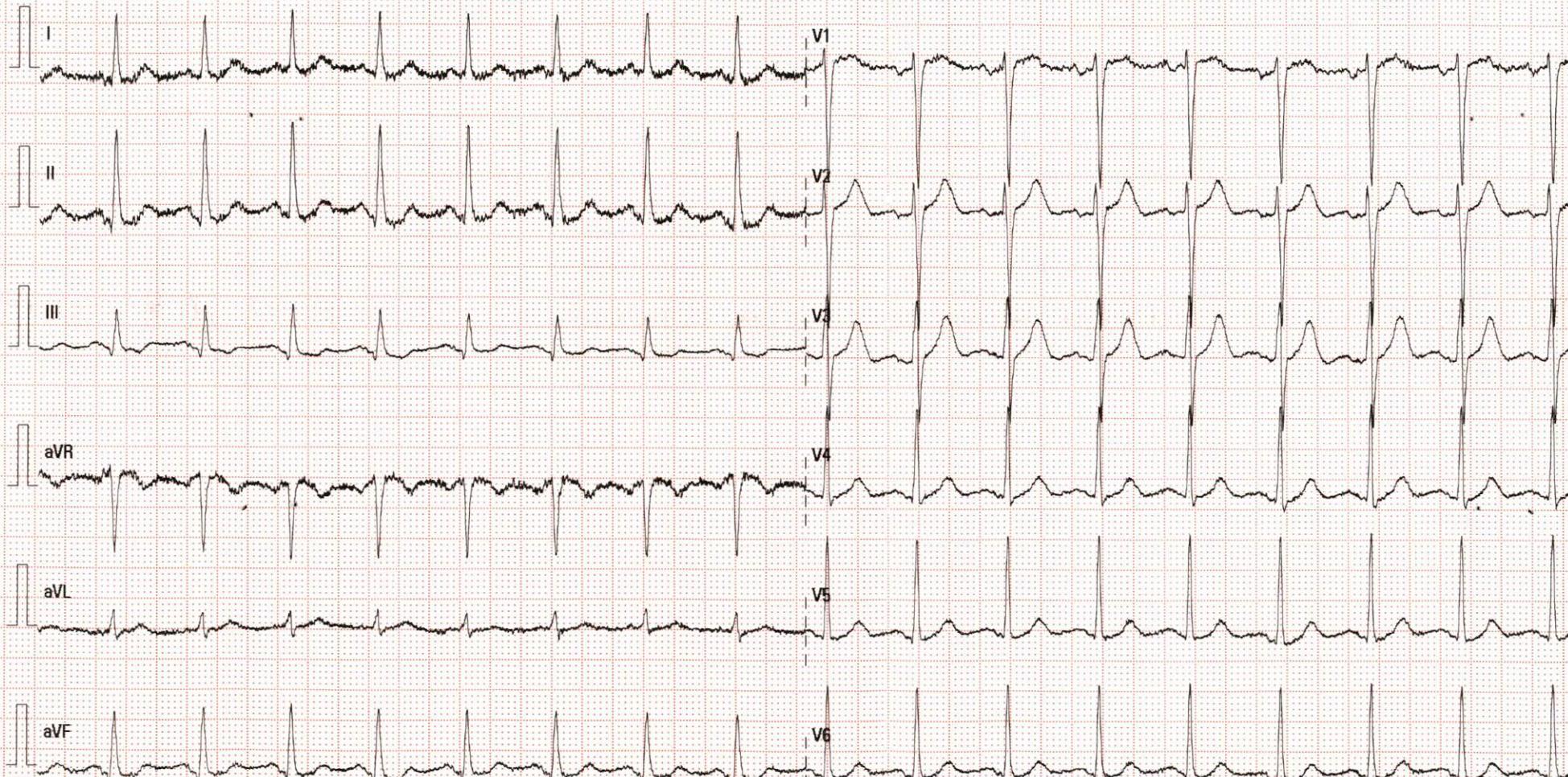
Fréq. vent.
Intervalle PR
Durée QRS
Interv. QT/QTc
Axes P/QRS/T
QTc Hedges

102 bpm
120 ms
86 ms
328/402 ms
57/49/35 deg

Tachycardie sinusale
--- Interprétation sans connaître le sexe/l'âge du patient ---
ECG normal, sauf pour la fréquence

63917-2123
2012-01-01 14:37:08
PA = N/A / g/cm/kg

Diagnostic non confirmé.



25 mm/s

10 mm/mV

50 Hz

RDB 150 Hz

OCEANIC CLINIC

02.02.00/V28.4.1

SN.FN-4A001096