

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-825474



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

4235

Société :

196140

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FARCIHADO THAÏS

Date de naissance :

01.04.57

Adresse :

28 RUE OVED ZIAD AL HILY RABAT

Tél. :

661593178

Total des frais engagés

921,10

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

17/02/14

Nom et prénom du malade :

FARCIHADO THAÏS

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Cardiopathie ischémique

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 : 17/02/2014

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
17.2.24	<5+ECG		300	INP : 101023711 Docteur BENKIRANE Cardiologue INP : 101023711 CCM : 0821153074

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Commissaire	Date	Montant de la Facture
11/02/24	11/02/24	6.81,10

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																							
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <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="text-align: center;">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="text-align: center;">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="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession				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 <input type="text"/>																		
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

Dr. Said BENKIRANE

Cardiologue - Ryhmologue
 Spécialiste des maladies
 du cœur et des vaisseaux
 Diplômé de l'Université de Bordeaux
 France



الدكتور سعيد بن كيران
 اختصاصي في أمراض
 القلب والشرايين
 خريج جامعة بوردو
 فرنسا

ORDONNANCE

Rabat, le

17.02.2024

a 38. ٢٠
٢٣٧٦٩٣
Mr FARCHADO THAMI

1 ROZAT 20

٢٣٧٦٩٣
1 CP le soir, après le repas, pendant 3 mois.

2 CARDIOASPIRINE 100

٢٣٧٦٩٣
1 à midi, après le repas, pendant 3 mois.

3 FIBROCARD 180

1 le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

4 D STRESS

1 CP le matin et le soir, après le repas, pendant 1 mois.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
 Acide acétylsalicylique
 P.P.V. : 27,70 DH
 Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
 Acide acétylsalicylique
 P.P.V. : 27,70 DH
 Bayer S.A.

6 118001 090280

6 118001 090280

118001 041728
 RAZAT ® 20 mg
 RG 28 comprimés pelliculés
 28 comprimés pelliculés

Cardioaspirine 100 mg/30cps
 Acide acétylsalicylique
 P.P.V. : 27,70 DH
 Bayer S.A.

6 118001 090280

card

DE VERAPAMIL

LOT 22119 1
 EXP 09 2026
 PPV 100.00 DH

card

DE VERAPAMIL

LOT 21D29 3
 EXP 04 2025
 PPV 100.00 DH

Urgences

Gsm : 06 61 15 30 74

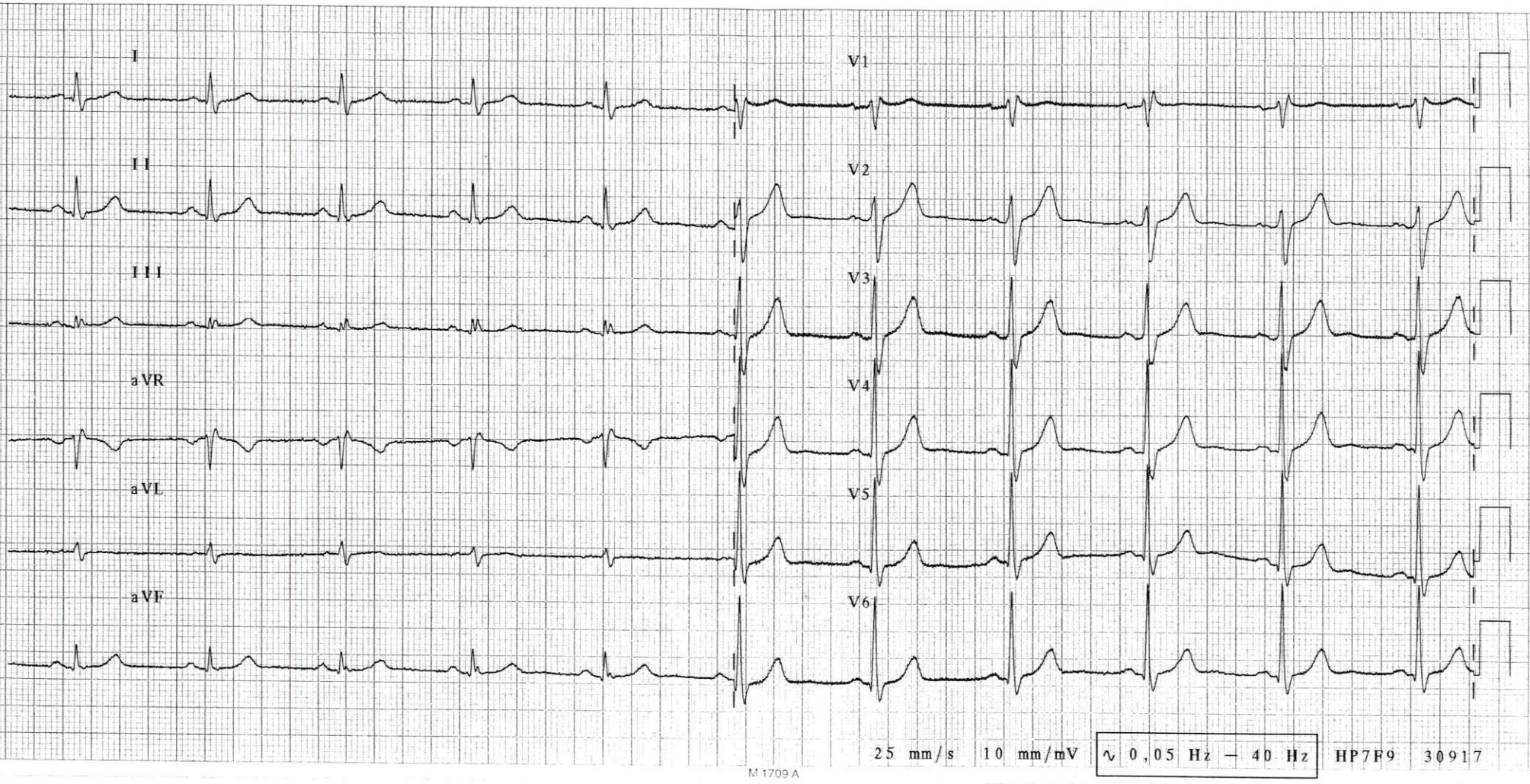
المستعجلات

06 61 15 30 74 شارع العلوين - حسان - الرباط - الهاتف / الفاكس : 05 37 20 12 51 النقل : 05 37 20 12 51 - Gsm : 06 61 15 30 74
 28, Av. Alaouiyyine, RDC - Hassan - Rabat - Tél.Fax : 05 37 20 12 51 - Gsm : 06 61 15 30 74

E-mail : cardio_ben@yahoo.fr البريد الإلكتروني :

FC	64
PR	151
QRSD	107
QT	389
QTc	401

--Axe--
P 58
QRS 74
T 62

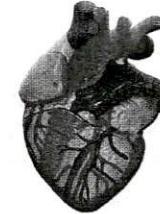


مركز القلب والشرايين

CENTRE COEUR ET VAISSEAUX

Dr. Saïd BENKIRANE

Cardiologue - Rythmologue
Spécialiste des maladies
du cœur et des vaisseaux
Diplômé de l'Université de Bordeaux
France



الدكتور سعيد بن كيران
الاختصاصي في أمراض
القلب والشرايين
خريج جامعة بوردو
فرنسا

المستعجلات 24H/24H
GSM : 06 61 15 30 74

Electrocardiogramme

NOM : M FAR CHADO

Prénom : THAMI

Age :

Date d'examen : 17.02.2024

Médecin Traitant : Dr BENKIRANE