

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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 : 6870 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : GRUCHA Date de naissance : 1965

Adresse : habitat 16

Tél. : 06.78.78.33.09 Total des frais engagés : 2000 995 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : GRUCHA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : maladie cardiaque

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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
19/11/2023	(1-2)	300	3	Docteur [Signature] Quartier [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacien [Signature] Dr [Signature] IMI 114353 30, Rue [Signature] Tel: 0522 32 47	19/02/2024	995,10

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
				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	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	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'EXECUTION



CENTRE CARDIOVASCULAIRE
LES HÔPITAUX

Docteur Mohamed LEBBAR

Cardiologue Médico - Chirurgical

Secrétariat : 05 22 86 33 66
Télécopie : 05 22 86 33 55
E-mail : labcardio@menara.ma

Casablanca, le

GRUCHA Redouen

405,00

11 Uleins S.V. 100

1/1x3/10

143,10

71 Dorsocell S.V. 101g

160,00

31 Cervuh 75 G

23,64

+1 Canthiflex 141

84,10

4 Alfielene 10x7g

40,00

61 Brodin 20

34, x3 j

335

130,10

26p x3 j.

4, Rue Tarik Ibn Ziad - Quartier des Hôpitaux
(Prolongement Faculté de Médecine vers lycée Mohammed V) - Casablanca 20360

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boîte de 28.
PPV : 405 DH

6 118001 031726

23,60
CARDIOFLEX® 100 mg

Boîte de 30 Comprimés Pelliculés



6 118000 360339

ALTIAZEM® 60 mg
diltiazem chlorhydrate

التيازيم 60 مجم

6 ديلتيازيم ميلازوكلوريد



118001 150014

* VIGNETTE
ALTAZEM® 60 mg
50 comprimés ○
PPV 89DH

LOT: 8344
PER: 10/26
PPV: 147DH10

Rosucal® 10 mg
Boîte de 28 comprimés pelliculés



6 118000 096122

PPV: 160DH00

Lot n°:

Exp:

09/26
CERUVIN® 75 mg
Boîte de 28
comprimés pelliculés
Voie orale,



6 118000 380139

LOT N°:

UT. AV: 40,00

PPV (DH):

PREDNI 20 mg
20 comprimés effervescents sécables

6 118000 081753

PPV 130,40 DH

Levonoxacin

10 Film-coated tablets

6 118000 022398



Nom **Grucha Redouan**
N° patient **17b6131d-7e95-471f-9c06-bb049bba0f17**

Date de naiss... 01.01.1965
Sexe Non défini
Taille
Poids
Ethnique Non défini
Stimulateur c... Inconnu

N° séjour
Chambre
Traitement
N° requête
Émetteur de l...
Prot. requ.

19.02.2024 15:49:13
12 dérivations standard

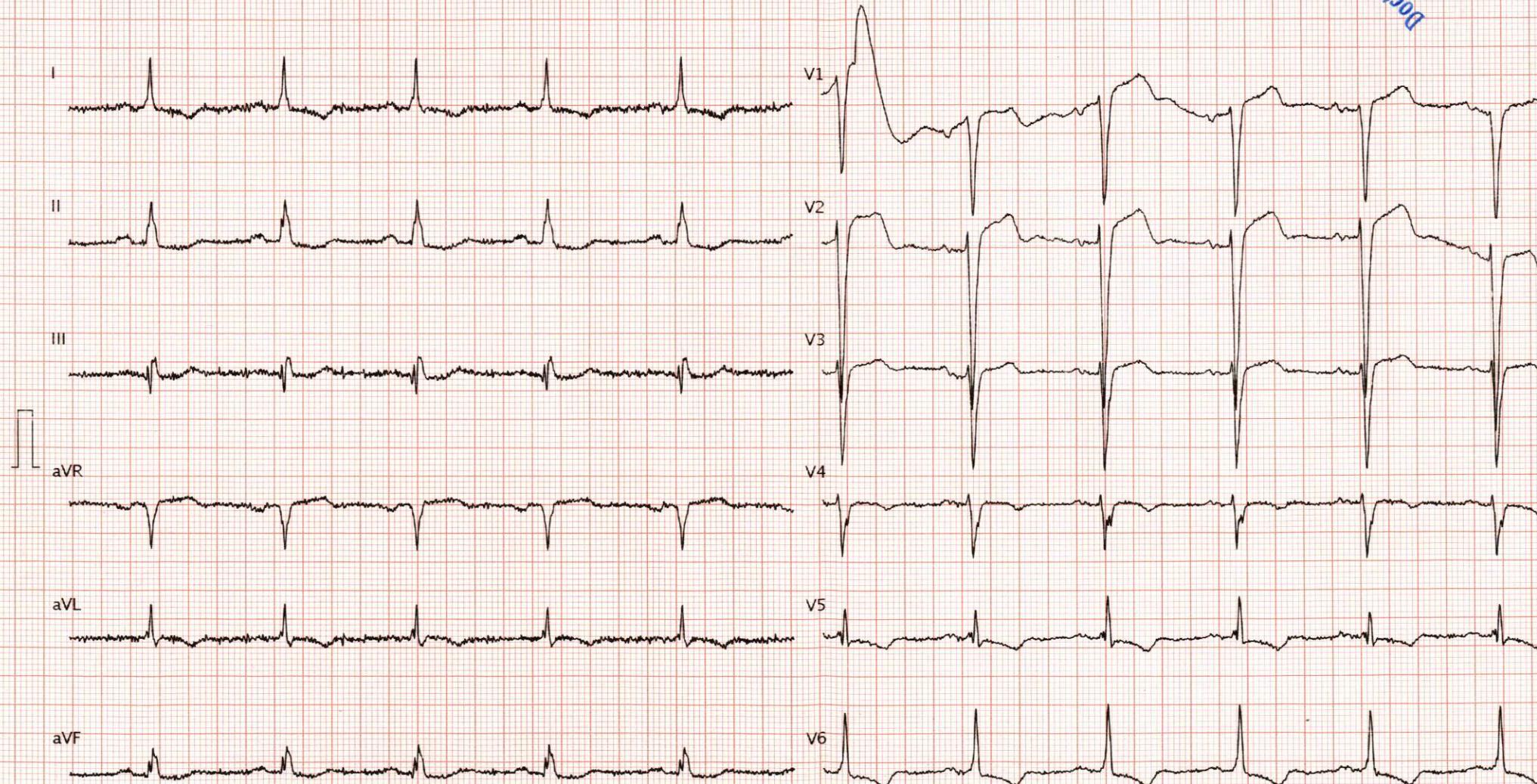
FC 66 bpm

Axe P	36 °	RR	915 ms
Axe QRS	27 °	P	114 ms
Axe T	188 °	PR	182 ms
		QRS	115 ms
		QT	429 ms
		QTcB	448 ms

Rapport non confirmé

Indication
Remarque

Dokter Mohamed LEBBAR
Cardiologiste - DR Mohamed LEBBAR
Ouvert des Hopitaux de Casablanca - Casablanca - Maroc



25 mm/s, 10 mm/mV

Séquentiel

FPB 150 Hz, CA 50Hz