

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 canaux, 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 canaux.

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.



Declaration de Maladie

N° W19-439514

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2273 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HANI FATIMA

Date de naissance : 17-1987

Adresse : 128, Al Badi Breij, Tenua

Tél : 057610089 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/08/2019

Nom et prénom du malade : EL HANI FATIMA Age : 68 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA + angine

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.

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 : Tenua Le : 02/08/19

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du M. attestant le Paiement des A.
02/08/19	CS		300 DTB	INP: 10M67324

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Conseil Dr. Houssef LAHLOU Rue de Rabat - Témara Tél: 05 37 34 11 63	02/08/19	3663 00
	INPE	
	102019890	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

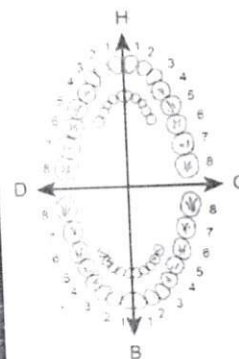
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

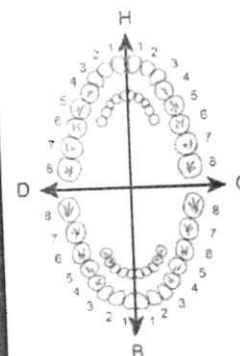
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

126,00
PPV 126DH00
PER 12/21
LOT H2724

126,00
PPV 126DH00
PER 02/22
LOT 1424

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps

P.P.V. : 984,00 DH
Bayer S.A.

6 118001 090808
طبيب (للتحير)

ب و الشرايف
طبية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا، الرباط
كشف بالصدى، تخطيط القلب 24 ساعة،
قياس الضغط 24 ساعة، فحص المجهود.

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban
28 cps

P.P.V. : 984,00 DH
Bayer S.A.

6 118001 090808

MME EL HANI FATIMA

81,00x3
• Fibrocard Ip 240 mg
1 gélule, soir, pendant 3 mois

984,00x3
• Xarelto 20 mg
1, midi, pendant 3 mois

126,00x3
• Diprezar 50 mg / 12.5 mg
1 comprimé, matin, pendant 3 mois

45,00x2
• Prezar 50 mg
1 comprimé, matin, pendant 1 mois

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban
28 cps

P.P.V. : 984,00 DH
Bayer S.A.

6 118001 090808

PPV: 45DH00

PER: 01/22

LOT: I044-2

LOT 17111/B 1

EXP 09 2021

PPV 81.00 DH

LOT 18F29/A 1

EXP 06 2022

PPV 81.00 DH

إقامة ياسمينية، عمارة C، رقم 48 الطابق الاول، شارع الحسن الثاني، تمارة المركز (قرب البنك العقاري السياحي)

Résidence Yasmina, Imm C, 1er étage Appt 48, Av Hassan II, TEMARA CENTRE - INPE : 101167724 - IF : 14453885

ICE : 001775143000003 - Tél : 0537 61 36 36 - E-mail : loubnachami@yahoo.fr

02/08/2018

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (1)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné :

Dr. CHAMI LOUBNA
Cardiologue - N° 1018724
Rég. Méd. 1018724
N° 1018724

Certifie que Mlle, Mme, M :

EL HANI FATIMA

Prescrit :

HTA + ACFA

Nécessitant un traitement d'une durée de :

longue durée

Pour ci-joint l'ordonnance :

cf ordonnance

(A défaut noter le traitement prescrit)

Valable 3 mois

Contact : 05-22-01-24-35 / 05-22-01-23-76

Dr. CHAMI LOUBNA
Cardiologue
Rég. Méd. 1018724
N° 1018724

Dr. Loubna CHAMI

Ep. Alaoui

Médecin spécialiste en maladies cardiovasculaires

Cardiologie pédiatrique

Ancien médecin attachée au CHU Ibn Sina, Rabat

Echodoppler cardiaque, Holter ECG,

Holter tensionnel, Epreuve d'effort



الدكتورة لبنى شامي
ن. علوي

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين

(للكبار والأطفال)

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا، الرباط

كشف بالصدى ، تخطيط القلب 24 ساعة،

قياس الضغط 24 ساعة، فحص المجهود.

ELECTROCARDIOGRAMME

- ECG -

Nom : SLHANI FATIMA

Date : 2-8-2019

إقامة ياسمينية، عمارة C ، رقم 48 الطابق الاول، شارع الحسن الثاني ، تمارة المركز (قرب البنك العقاري السياحي)

Résidence Yasmina, Imm C, 1er étage Appt 48, Av Hassan II, TEMARA CENTRE - INPE : 101167724 - IF : 14453885

ICE : 001775143000003 - Tél : 0537 61 36 36 - E-mail : loubnachami@yahoo.fr

Dr CHAMI Loubna

ECG

Nom : el hani fatima

Sex : Female

Age :

Clinique N :

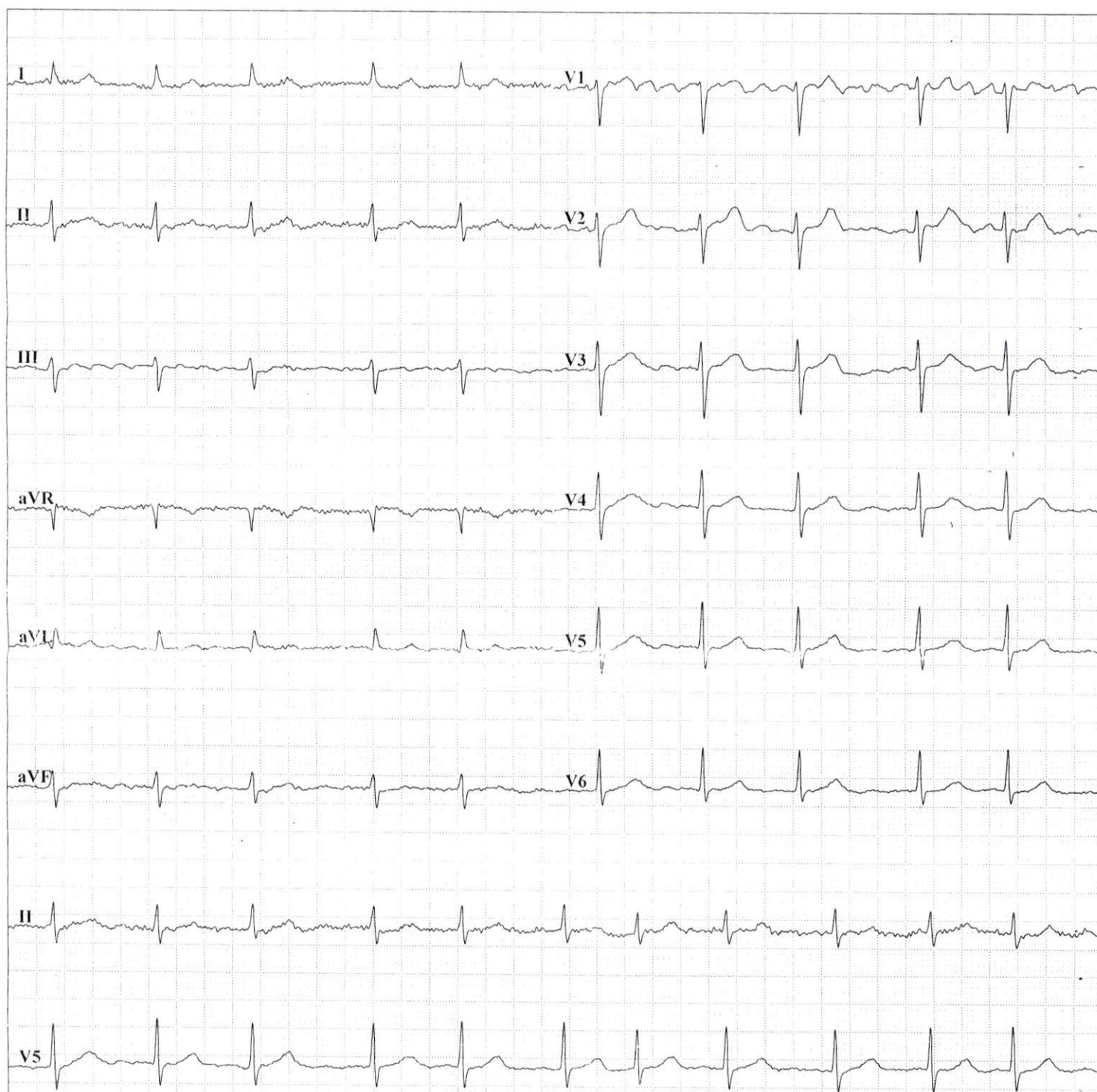
Section :

SN : 0005963

Case No. :

Lit No. :

Date : 02/08/2019 12:44:55



00:00

AC IIR 50Hz/DFT/EMG

25mm/s 10mm/mV

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	--
Temps d'écha	61s	QT Interval:	387 ms
FC:	82bpm	QTc Interval:	451 ms
P Interval:	--	P Axis:	--
QRS Interval:	88 ms	QRS Axis:	-14.60°b
T Interval:	225 ms	T Axis:	32.40°b

Prompt:

Signature Medecin :