

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

nditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ctique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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.

adie 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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie : N° P19-0016739

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 459 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NGUIDA HAMID Date de naissance : 1944

Adresse : 29 Rue Mohamed LAAROUSSI - CASA

Tél. : 06 62 82 07 95 Total des frais engagés : 979, 30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Najib GARTI
Cardiologue, Rythmologue
Centre Allal Ben Abdellah
19, Bd. Franklin Roosevelt (Ex Bd. Mly. Rachid) - Casa
Tél. : 05 22 36 09 09 - GSM : 06 61 24 30 06

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/10/19

Nom et prénom du malade : NGUIDA HAMID Age :

Lien de parenté :

Lui-même

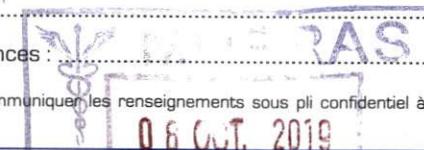
Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Ischémie

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.

 **MUPRAS**
Centre Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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 : Casa

Le : 02/10/19

Signature de l'adhérent(e) : Hamid

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
02.11.12	C 27 E 6		300.-	Dr. H. B. G. A. M. M. O. G. G. U. C. S. M. 06/12/12
14				
15				

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
GRANDE PHARMACIE DU MAROC 2. DEBBAGH BENNIS Naima e Bandoq 979 30 42 26 Tel. : 05 22 30 42 26	02/10/19	679,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 la

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				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



URGENCES
24/24

05 22 36 09 09

Dr Najib GARTI
Cardiologue - Rythmologue

Pace Maker

Défibrillateurs

Cryoablation de la Fibrillation
auriculaire

Traitements des troubles du rythme

par Radiofréquence

Echocardiographie Doppler.Couleur

Epreuve d'effort

Holter tensionnel et rythmique

Diplômé de la faculté de médecine
de Limoges (France)

Sur Rendez - Vous

Gsm : 0661 24 30 06

Casablanca, le

02/10/19

Mr (Mme)

A: Nourida RAMI

3 mn

54,00 x 3

RAMIPRIL 5 : 140

34,60 x 4

Lasix 40 : 140

30,70 x 3

Kardegic 75 : 110

140,00

GRAND PHARMACE DU MAROC

73,40 x 21

Mme DEBBAGH BENNIS Naima

Place Bandar 19
Casablanca

6 mn

73,40

19, Bd. Franklin Roosevelt, Anfa
Patente N° 35615328 - IF 40713

Tél : 05 22 36 0

E-mail : garti.naj@hotmail.com

54,00
54,00
54,00

LOT : 9MAD1 PER : 02/2016 LOT : 9MAD1 PER : 04/2016

Lasilix 40mg
20 Cp séc

P.P.V : 34DH60

Lasilix 40mg
20 Cp séc

P.P.V : 34DH60

Lasilix 40mg
20 Cp séc

P.P.V : 34DH60

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

73,40

73,40

73,40

73,40

Id :021019

Negida, Hamid

Indéfini --- (--) Indéfini

Taille :0 cm Poids :0 kg TA :0/0 mmHg

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

02/10/2019 17:07:10

FC: 73 bpm

PR: --- ms

QRS: 216 ms

QT/QTcH: 454/477 ms

QTcB: 501 ms

QTcF: 485 ms

Rv5-6/Sv1 : ---/0.26 mV

Sok-Lyon : 0.26 mV

Axe: ---/-74/103 °

RAPPORT NON CONFIRMÉ

Dr. Najib GABRI
Institut Médical
12, rue Franklin Roosevelt 69365 LYON CEDEX 03
Tél: 04 37 39 08 - GSM: 06 87 24 30 02



Dép. :

25mm/s 10mm/mV 0.05-40Hz/50Hz

CARDIOLINE

36 002

66010052