

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : R 0678	Société : R.A.M.	<input type="checkbox"/> Autres <i>(camis)</i>
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) YAMRI	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : YAMRI Zoubida		
Date de naissance : 22 Août 1945		
Adresse : 275Bn Brichane Appt 4 ACDAZ / RABAT		
Tél. : 0661 223402	Total des frais engagés :	694,50 Dhs

<p style="text-align: center;">Cadre réservé au Médecin</p> <p>Cachet du médecin :</p>		<p>Date de consultation :</p> <p>Nom et prénom du malade : YAMRI Zoubida</p> <p>Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint H. T. A.</p> <p>Nature de la maladie :</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p>
/ 22 Novembre 2019		

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 : *El Jadida* **Le :** *19/11/2019*
Signature de l'adhérent(e) *[Signature]*

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
<i>15/10/19</i>	<i>CH</i>	<i>1 x 10</i>	<i>300,00</i>	' INP : <input type="checkbox"/> INPE : 1010210111 Dr. Maria BERNOUSS Cardiologue 6, Zankal Honayn Agdal Rabat Tel.: 05 37 67 21 18 / 37 - 05 37 67 11 33 Fax: 05 37 67 11 53-GSM: 06 61 34 33 40
EXECUTION DES ORDONNANCES				
Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture		
<i>HARMAC'S MICHLIEF</i> <i>19/10/19</i>	<i>19/10/19</i>	<i>392,50</i>		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

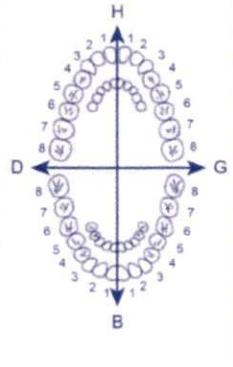
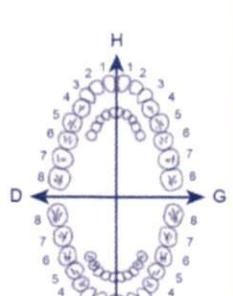
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> </table> <p>D</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p>B</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								



CENTRE DE
CARDIOLOGIE

ADULTE

EXPLORATIONS CARDIOVASCULAIRES

ENFANT

Dr. Maria BERNOUSSI

Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux
Diplômée de Biochimie clinique
de l'Université de Besançon
Ancienne Attachée au Service de Cardiologie de
l'Hôpital Avicenne

Rabat, le 19 septembre 2019



Madame MAMRI Zoubida

131,50 ₣
Régime modérément salé, délipidé ;
TAREG 80 mg
MAGMINE B6

I comprimé par jour le matin ;
I comprimé par jour le soir.

Traitements de trois mois.



Docteur Maria BERNOUSSI

N° ICE : 001579478000047
Identification Fiscale : 520085
Code INPE : 101031011

Dr. Maria BERNOUSSI
Cardiologue
6, Zankat Honayn - Rabat
Tél.: 05 37 67 21 18 / 37
Fax : 05 37 67 11 53

TAREG® 80 mg

RESPECTER LES DOSES PRÉCÉDENTES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.
Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants

35



6118001030316
TAREG 80 mg

1130178-A17-MA

 **NOVARTIS**
PPV : 131,50 DH

EXP
LOT

05 2021
BDL30



4045

MAMRI
Zoubida
AE &85
..... Féminin
Age: B
..... cm / 76 kg

FC: 81/min Axes:
P 36 °
QRS -24 °
RR 742 ms T 68 °
PQ 136 ms P (II) 0.12 mV
QRS 80 ms S (V1) - mV
QT 368 ms R (V5) 0.25 mV
QTC 428 ms Sokol. 0.26 mV

10 mm/mV

10 mm/mV



25 mm/s

0.05-35Hz F50 SSF SBS Je 19-SEP-19 10:05:51

AT-102 1.37 Mm