

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

liologie 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.

tique :

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.

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.

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



MUPRAS
RECEPTION 9

Déclaration de Maladie : N° P19- 0007560

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0611 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KAIS Abdelhakman Date de naissance : 01/01/49

Adresse : N° H61 Lotissement Wafa DEROUA

Tél. : 0661 15 3218 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/01/2020

Nom et prénom du malade : NAFIEN. PATIFA Age :

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

Nature de la maladie : coronaropathie

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 : CASABLANCA Le : 27/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
25/11/20	Stell		259,00	
ICE: 001830229000079 INP: 061175584				ICE: 001830229000079 INP: 061175584 Docteur A. Y. Bouché Cardiologue - Bénédictin 80, Rue Ibn Rochd - Benic Tel.: 022 32 63 84 H.T. 8Heure 30 à 15 Heures

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/1/20	1142,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

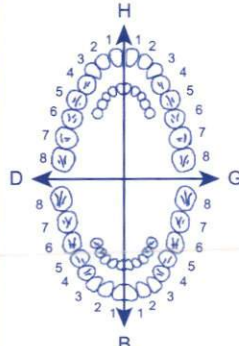
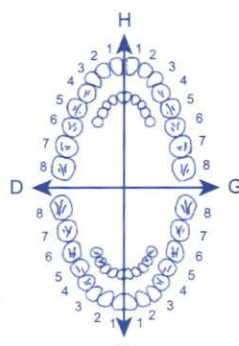
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXECUT

الدكتور حسن الأيوبي

Docteur AYOUBI HASSAN

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين وارتفاع الضغط

والدورة الدموية - الفحص بالصدى والمولتي

Spécialiste des Maladies Cardio - Vasculaires

Echodoppler Cardio - Vasculaire - Holter

INPE : 06 11 75 584

بالموعد : 05 22 32 65 84

29/10/20

NAHEA Latifa

3x 125,80

- Biproteus 1/1,2 (104)

3x 12,00

- Detenier

3x 35,70

- Kardex 160

3x 147,00

PHARMACIE EL OUMQUA
244 LOT 14
DEROUA BE - RECHID
Dr Othman El MARWAN
Tél : 05 22 53 20 64

- 1000 mg x 3 m

- 1000 mg x 3 m

- 1000 mg x 3 m

DR AYOUBI HASSAN
CARDIOLOGUE
80 Rue Ibn Rochd
Berrechid
HT : 7 heures 30 min à 14 h
Tél : 05 22 32 65 84

14/11/20

80. زنقة ابن رشد - برشيد - الهاتف : 05 22 32 65 84

80, Rue Ibn Rochd - Berrechid - Tél : 05 22 32 65 84

المستعجلات : 06 72 12 00 62

LOT : 9MA081
PER : 01 2021
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

LOT : 19E003
PER : 04 2021
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

LOT : 9MA077
PER : 09 2020
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

125,60

125,60

125,60

PPV: 147DH40
PER: 06/21
LOT: I1252-1

PPV: 147DH40
PER: 06/21
LOT: I1252-1

PPV: 147DH40
PER: 06/21
LOT: I1252-1

ECG

Dr AYOUBI Hassan

80.rue ibn rochd berchid - Tél :0522326584

NOM:MAHER LATIFA

ID :1883/15

Genre :Femme

Age :61

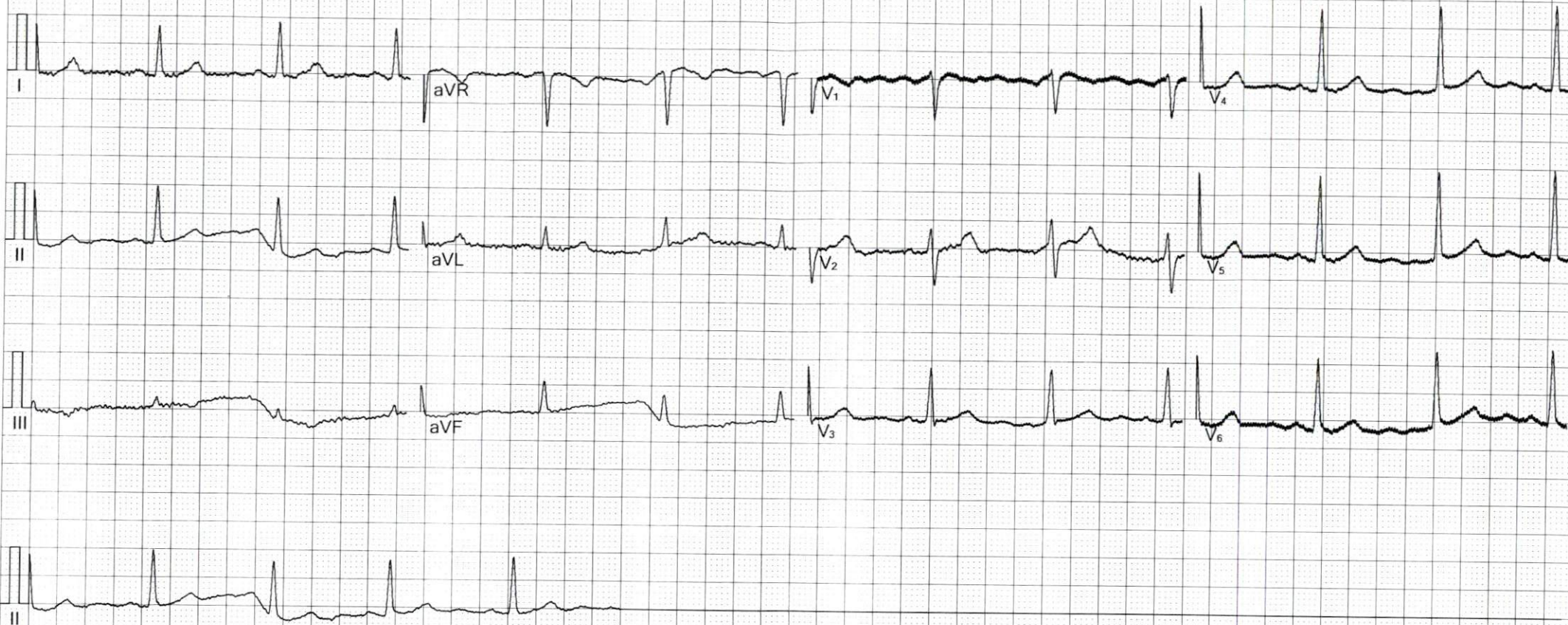
DDN :18-04-1954

Date Test :29-01-2020 09:07

Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr AYOUBI

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



Fréquence :	1000 Hz	Interval.QT :	487 ms
Durée ECG :	4 s	Interval.QTc :	522 ms
FC :	69 bpm	Axe P :	155.8°
Durée P :	169 ms	Axe QRS :	32.3°
Durée QRS :	104 ms	Axe T :	-0.4°
Durée T :	353 ms	RV5/SV1:	1.54/0.00mV
Interval.PQ :	207 ms	RV5+SV1:	1.54mV

Suggestion :

DR AYOUBI HASSAN
CARDIOLOGUE
80Rue IBN ROCHD
Berchid

Signature Médecin: