

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.

N° W19-531265

NO = 30204

Optique

Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0000186

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EJDAA Mina

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

08/05/2020

Nom et prénom du malade :

REZ CHAFAK MINA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection cardiaque

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) :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
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												
				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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														



مصحة الياسمين

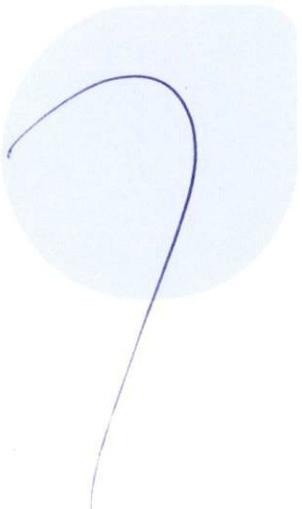
Clinique Yasmine

Casablanca le : 02.05.2020

N°^{me}

BENGHFIR
TINA

haine de faire trop poser



Merci

Docteur Fouad OUJBI
Omnipraticien
151 Bd EL Fida - Casablanca
Tél: 05 22 39 69 60
Urgences: 06.61.62.75.75



090004029

شارع سيدى عبد الرحمن، زاوية زنقة سجلماسة، حي الهنا، الدار البيضاء، المغرب
Boulevard Sidi Abderrahmane, Angle rue de Sijilmassa, Hay El Hana, Casablanca - Maroc
(+212) 5 22 39 69 60 (+212) 5 22 39 71 19 @ contact@cliniqueyasmine.com

Membre du
réseau de
cliniques

Oncorad
Groupe

Casablanca Le : 03/05/2020

Facture N° 1669/20

Etablie par FATHIA AGGEL Page 1/1

Identification

N° Dossier : X0E021657

N° Identifiant : 16092119/16

Nom & Prénom : BENGHFIR MINA

C.I.N. :

Date Début : 02/05/2020

Date Fin : 02/05/2020

Adresse : DERB EL HOURIYA H H

Traitemet : Consultation

Médecin : BOUJDI FOUAD

Prestations

Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-----	---------	------	------	---------

SEJOUR

Frais clinique	1	100,00			100,00
Total Rubrique :					100,00

IMAGERIE MEDICALE

Ecg	1	100,00			100,00
Total Rubrique :					100,00

PARTIE CLINIQUE :

				TOTAL FACTURE	200,00
--	--	--	--	----------------------	---------------

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Deux cents Dirhams

Cachet et signature



ID: madame
Nom: benghafir, mina
Age: 65 Années
Sexe: Féminin

02-05-2020 23:15:54

Fréq. vent.
Intervalle PR
Durée QRS
Interv. QT/QTc
Axes P/QRS/T
QTc:Hodges

74 bpm
192 ms
152 ms
436/461 ms
37/-68/-20 deg

Rythme sinusal
BBD avec bloc fasciculaire antérieur gauche
Hypertrophie ventriculaire gauche
Anomalie de l'onde T inférieure peut-être la conséquence d'une hypertrophie et/ou d'une ischémie

ECG abnormal

Diagnostic non confirmé

