

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

tions 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.

biologie 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.

ptique :

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société	
Matricule : 2610		Nom & Prénom : AZMI EL MOSTAFA	
Date de naissance : 23-12-1957		Adresse : LOT EL WAFAH N° 112 DEROUA	
Tél. : 0663 072895		Total des frais engagés : 613,1 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/11/2020

Nom et prénom du malade : AZMI EL MOSTAFA

Age : 23.12.57

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Audiopathie

isopress

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

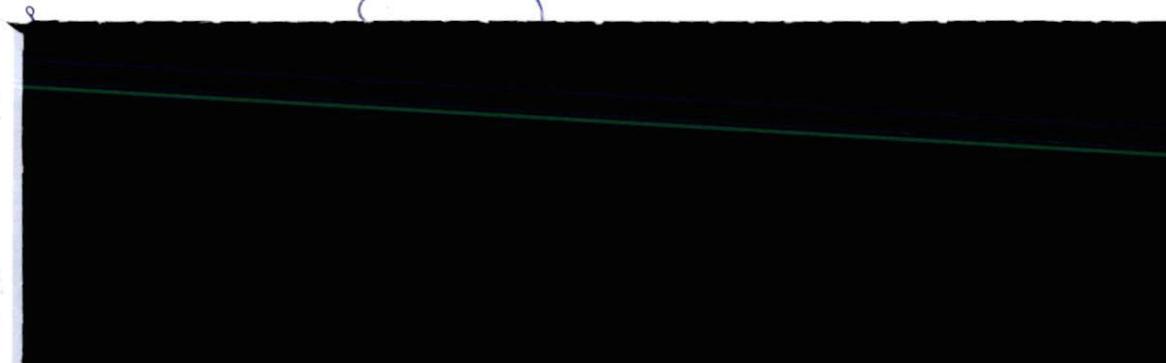
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : DEZOUA

Le : 24/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :



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 Patient et les Actes
03.11.20	G		300,00	Dr. Hind El Mekkaoui Cardiologue Interniste 120, 2nd. My Iman, 1er- Résidence des Actes 18eme Etage - N° 4 CASABLANCA Tél: 0522 88 20 74 - Fax: 0522 88 20 76 ICP : 001625537000059
	ECG			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	3-11-20	262,62
	3/11/20	262,62

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	
B	00000000	00000000	
G	35533411	11433553	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

valable 3 mois

Le 03 / 11 / 2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné : *Hind EL Filali*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *AZYI EL Tostafa* N°¹⁶ 2610

Présente *Cardiopathie ischémique + bradycardie*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Cardiologue
Kardiopat

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca

Dr. Hind EL FILALI
Cardiologue
Cardiologue Interventionnelle
120, Bd. My Idriss 1er - Résidence My Idriss
2ème Etage - N° 4 CASABLANCA
Tél: 0522 88 20 74 - Fax: 0522 88 20 76
ICE : 001625497800001

062095 070

06 2095 070
PHARMACIE EL OUMOUMA
224, Lot. Wafae Deroua Berrechid
Dr. EL MARWANI Othman
Tél : 05 22 53 20 54

Le 03/10/2018

Facture N° 17

M: A. M. E. Hostler



6 118001 100859

BB62160238

CADDENSIEL® 2,5 mg

50,70



Dr Hind EL FILALI ADIB

Cardiologue

Cardiologue Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque

Réadaptation cardiaque

M. AZMI MOSTAFA

الدكتورة هند الفيلالي أديب

أخصائية في أمراض القلب والشرايين

أخصائية في قسطرة أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب بيوردو

فحص القلب بالصدى - اختبار الجهد

إعادة التأهيل المكثفي

le : 03/11/2020

Ordonnance

3x 35,70
KARDEGIC 160mg 1SCHT/J LE MATIN

54,10
LIPANTHYL 200mg 1GEL/J LE SOIR

50,70
CARDENSIEL 2.5mg 1CP/J LE MATIN

QSP 3 MOIS



AZMI ,ELMOSTAFA

ID:

DDN:

Homme ,Inconnu

Méd.:

Site:

Médecin traitant:

Notes:

03/11/2020 13:42:42

FC: 83 BPM
Int PR: 131 ms
Durée QRS: 96 ms
QT/QTc: 352/392 ms
Axes P-R-T: 52 59 73
RR Moy: 715 ms
QTcB: 416 ms
QTcF: 393 ms

RAPPORT NON CONFIRM

Revu par:

Dr. Hind EL FILIAH ADIR
Cardiologue Interventionnelle
120, Bd. My Idriss 1er - Résidence My Idriss
2ème Etage - N° 4 - CASABLANCA
Tél: 0522 86 20 74 - Fax: 0522 26 20 78
ICB 100-1645537-000091

Signé par:

Date:

