

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

Informations 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.

Pathologie 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.

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.

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

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.

51520

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2869

Société : R.A.M.,

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAHOUIRY - ABDEERRAHMANI

Date de naissance : 01.01.52

Adresse : 29, Rue Benafssay - Hay Errachida

Tél. : 0677909084

Total des frais engagés : 344,90 + 850 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ATLAB Mustapha
Cardiologue
أخصائي أمراض القلب والشرايين
Gsm: 0561 06 29 52

Date de consultation : 15.12.2020

Nom et prénom du malade : FARHÍ HALIMA

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : CASA

Le : 15 DEC 2020

Signature de l'adhérent(e) : 

ATLAB Mustapha
ACCUEIL
MUPRAS

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
15.11.2020	KAB	82	2500	Dr. ATLAS Mustapha Cardiologue أخصائي أمراض القلب والclerosis GSM: 0661 06 29 52

Service Admission

Facturation

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

PHARMACIE EL HILAO
LAABOUDI Selwa

Date

Montant de la Facture

11-12-20

344,50

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	

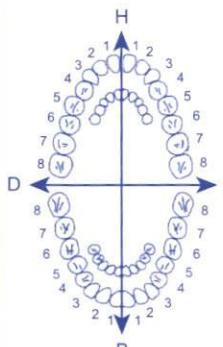
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

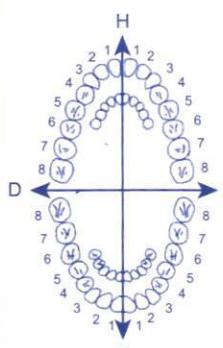


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G	00000000	00000000

[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

وصفة
ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le 11/12/2020

Mr Faziki Halima

49,40
97,70 Amel 5 (2) 41,1

71,00
126,80 NB d'et 80 Y2 (2) 41,1

344,90

3mrs

PHARMACIE EL HIRAL
LAABOUDI Selwa
77, Rue Al Bachir Laâlaj
Cité Plateaux - Casablanca
Tél: 0522 23 96 06 - Céd: 0015132390

Dr. ATLAB Mustapha
Cardologue
أخصائي أمراض القلب والشرايين
Gsm: 0661 06 29 52

AMEP® 5mg

28 comprimés



6 118000 081524

97,70

AMEP® 5mg

56 comprimés



6 118000 081777

97,70

NO-DEP® 50mg

15 cps pelliculés sécables



6 118000 050872

secabi

LOT: 284

PER: JUN 2022

PPV: 126 DH 80

NO-DEP® 50mg

30 cps pelliculés sécables



6 118000 050889

Se

LOT: 282

PER: MAI 2022

PPV: 71 DH 00

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1185021	N° SEJOUR : 200082790	FACTURE N° 2002020598				DATE D'ENTREE : 15/12/2020		DATE DE SORTIE : 15/12/2020		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		FARIHI, Halima		
MALADE : FARIHI, Halima		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.	CSC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00
CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG										

Intervenant : 210104 DR ATLAB MUSTAPHA (CARDIOLOGUE)			TOTAUX : 250.00								250.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT CINQUANTE DHS			PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
			REMISE :								AVOIR :	
			RESTE DU:		250.00							
DATE FACTURE : 15/12/2020			EDITEE LE : 15/12/2020		PAR: ZBIRY		ACCIDENT DE TRAVAIL		DATE AT :			
VISA							N° DE POLICE :					
							Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef			
							BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
							N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31			

ECG de repos Auto

11:43pm déc. 15, 2020

Hôpital: Hospital RECID: 304

Patient: ID: 20201215.2343 Jour de la naissance:

Age: Sexe: Sys: Dia: Poids: Hauteur:

Drugs:

Fanihi HaCima

15/12/20



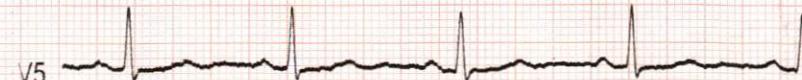
[Measured Cardiac Rythm Events]

HR: 68bpm PR: 144ms QRS: 76ms QT: 374ms QTc: 396ms QTr: 0.94

RV5: 0.85mV SV1: -0.31mV P/QRS/T/QRST axis: 28.95/42.16/348.01/54.15 deg

[Interprétation Résumé - Adulte]

1- Normal ECG.



25mm/s 10mm/mV AC60 DF0.25 MF35 LF200

CARDIPIA 800H Ver. 2.0.81.57-181127S

