

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9042 Société : RAM Retraite

Actif  Pensionné(e)

Nom & Prénom : LABIED Latif

Date de naissance : 15/06/63

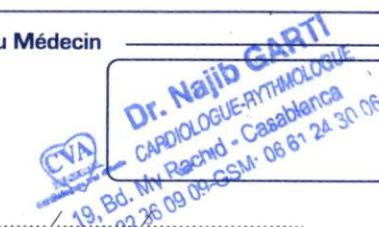
Adresse : Habsouelle

Tél. 0676460261

Total des frais engagés : 446,30 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : ..... / ..... / .....

## **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
10/09	C. a TCC	3.000 DT		  Dr. Naïib GARTI CARDIOLOGUE RHYTHMOLOGUE CVA Casablanca 2 Bd. M. Rachid - Casablanca Tel. no. GSM 06 67 24 30 06
9/09/02				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<u>MACIE DAR BEUZZA</u> <u>AHZOUSSI Amina</u> <u>BUZZA Doud Jerrah 3F 93</u> <u>BUZZA 29 01 74 - Dar Beuzza</u>	14/9/22	146.30

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

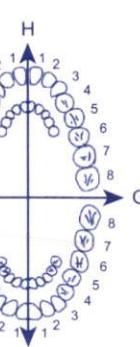
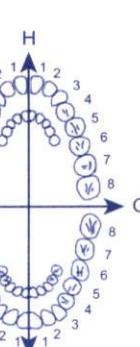
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		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'EXECUTION



**URGENCES**  
**24/24**

05 22 36 09 09

**Dr Najib GARTI**

Cardiologue - Rythmologue

Pace Maker

Défibrillateurs

Cryoablation de la Fibrillation  
auriculaire

Traitement des troubles du rythme  
par Radiofréquence

Echocardiographie Doppler Couleur  
Epreuve d'effort

Holter tensionnel et rythmique

Diplômé de la faculté de médecine  
de limoges (France)

Sur Rendez - Vous

Gsm : 0661 24 30 06

Casablanca, le .....

14/09/2022

Mr (Mme) .....

J. LABIAS Latifa

110,60

- SERTALINE 50 mg qd 1/2 le mat

35,70

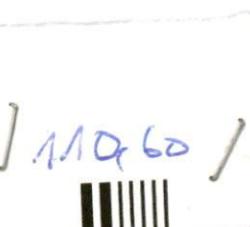
- ALGIN 0,5 g qd 1/2 481,5 m

14,63

PHARMACIE DAR BOUAZZA 15 )  
ZAHZOUR Amina  
Dar Bouazza Ouled Jerrad 93  
Tél : 05 22 29 01 14 Dar Bouazza



x 1 m



LOT 221100  
EXP 04/2025  
PPV 05/2025



CARDIOLOGUE - RYTHM

19, Bd. Franklin Roosevelt, Anfa (Rez de chaussée Clinique Val D'  
Patente N° 35615328 - IF 40713811 - INPE 091066621 - ICE 0015840

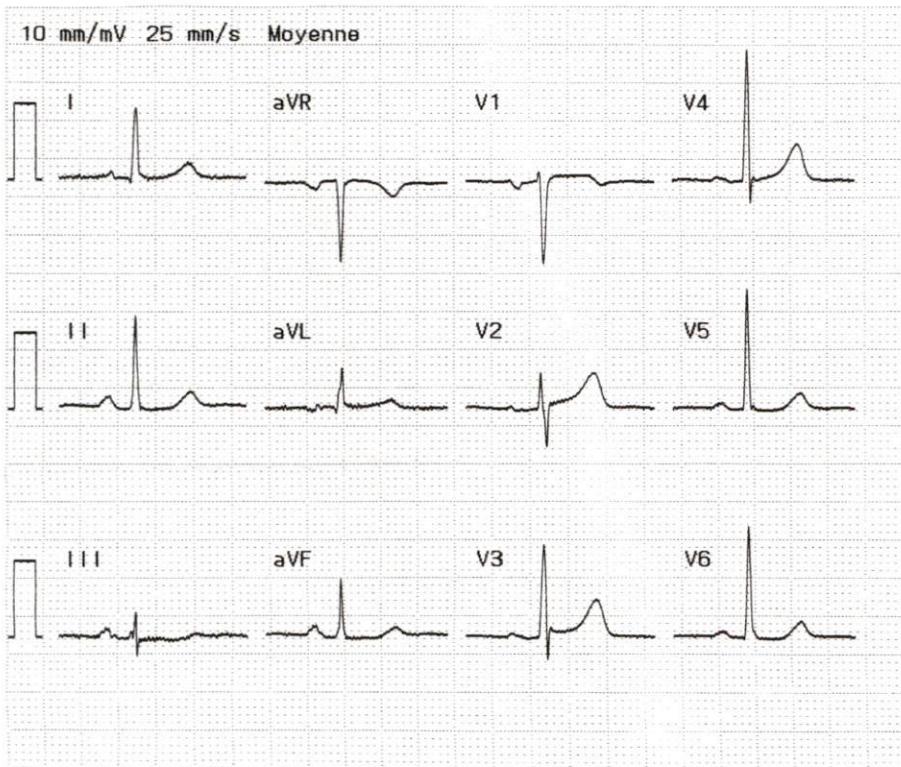
Tél : 05 22 36 09 09 - Tél / Fax : 05 22 36 08 88

E-mail : garti.naj@hotmail.fr - Site : www.cvarythmologie.com

ID: 14092022

Nom : LABIED LATIFA

Sexe:F	Date de naissance:	*	ans
cm	kg	/	mmHg
fréq. ventr.	72	bpm	
Int. PR	168	ms	
Durée QRS	68	ms	
Int. QT/QTc(E)	394/ 418	ms	
Axe P/QRS/T	58/ 46/ 35	*	
Amp I RV5/SV1	1.58/ 1.07	mV	
Amp I RV5+SV1	2.66	mV	



Rapport non confirmé

Revu par :

Examen : Clinique Cardiologique VAL D ANFA

ID: 14092022

Nom : LABIED LATIFA

Sexe:F

Date de naissance:

ans

14-Sep-2022 AM11:18:38

Médicament :

cm

kg

/ mmHg

72 bpm

Symptômes :

10 mm/mV 25 mm/s Filtre : H50 d 100 Hz

Antécédents :

10 mm/mV



2350K 03-04 04-05

Service :

Examen : Clinique Cardiologique VAL D ANFA