

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 :	1584	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		TADLI ABDELLAH	
Date de naissance :		09-09-1953	
Adresse :		CALIFORNIA 8 ALF. RESORT, MM. LIB. Apt. E Ville Verte Bouskoura	
Tél. :		06.61.45.06.15	Total des frais engagés : 1238,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :	01/02/2020	Age :	57 ans
Nom et prénom du malade :	M. TADLI ABDELLAH	Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Cardiopathie		
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 : 05/02/2020

Le : 03/02/2020

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 Paiement des Actes
01.02.23	623	63	300,00	Dr. EL MAKKI OUFEL Professeur Agrégé Cardiologue 5 Rue Med. Abdellatif 152238156152

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOCRAE	02/02/23	938,40

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H 25533412 00000000	21433552 00000000			
D 00000000 35533411	G 00000000 11433553				
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS	
D	G				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			DATE DE L'EXECUTION	

**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
**Cardiologie adulte et pédiatrique**  
**Explorations Cardio-vasculaires**

5 rue Mohamed Abdou  
 CASABLANCA

Tél : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89  
 Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97  
 GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Monsieur TADLI Abdeljalil

Casablanca le 01.02.2023

82.10x4

1- INEXIUM 20MG CPR 28



1 comprimé le soir pendant 3 mois.

185,70

2- CRESTOR 10 MG

1 CP LE SOIR SANS ARRET



58,10

3- CARDENSIEL 5 MG :

1/2 CP PAR JOUR



127,70x2

4- ATACAND 8MG:

1/2 CP PAR JOUR SANS ARRET



27,70x4

5- CARDIOASPIRINE 100 MG :

1 cp A MIDI TOUS LES JOURS SANS ARRET



F. 938,40

P. 3 mois

**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE  
 EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :**

**05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54**

**OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83**

**SYNTHEMEDIC**  
 22 rue zoubair bennou al aquam roches  
 noires casablanca  
**INEXIUM**

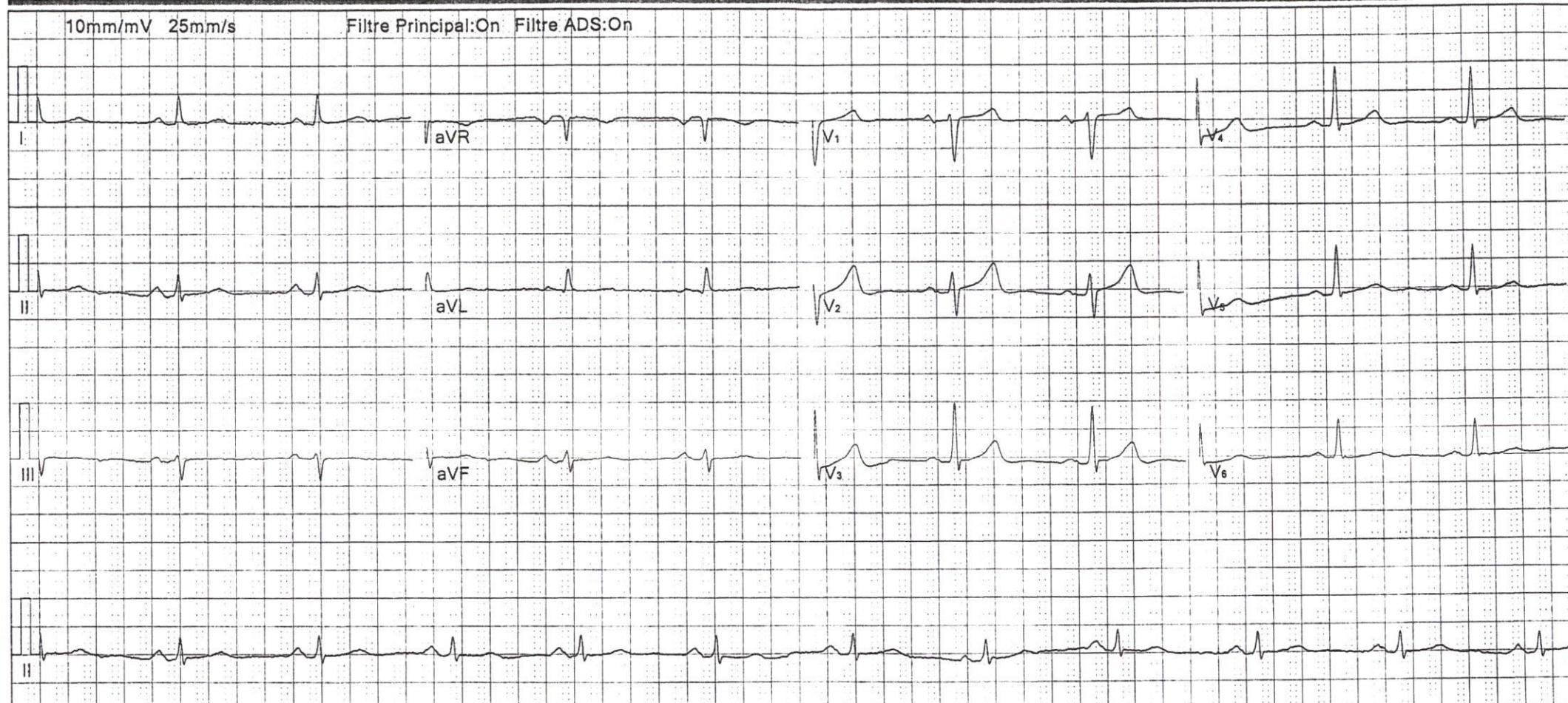
Boîte 14  
 20 mg  
 Boîte 14  
 CPR GR

6 118001 020591  
 61016DMP/21NRO P.P.V: 82,10 DH

6 118001 020591  
 610

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



Fréquence :	1000 Hz	Interval.QT :	403 ms
Durée ECG :	23 s	Interval.QTc :	403 ms
FC :	60 bpm	Axe P :	59.1°
Durée P :	114 ms	Axe QRS :	-0.1°
Durée QRS :	79 ms	Axe T :	34.5°
Durée T :	294 ms	RV5/SV1:	0.85/0.72mV
Interval.PQ :	177 ms	RV5+SV1:	1.57mV

Suggestion :

TA : 130 / 81

P : 80 kg

Signature Médecin: