

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 1600

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LOUDGHIRI

Abdellah

Date de naissance : 21-3-1948

Adresse : LOT CHANTIMAR - IMPASSE Rue 1 - N° 24

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. ZARZUR Jamila**  
Professeur en Cardiologie  
CHU, Rabat - Salé  
INPE : 101100378

Date de consultation : 15/05/23

Nom et prénom du malade : LOUDGHIRI Abdellah

Age :

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.

24 MAI 2023

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 : RABAT

Le : 15/05/2023

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
15/05/23		cl/s	250,00	INP : 101100378
				Dr. ZARZUR Jamila Professeur en Cardiologie CHU, Rabat-Salé INPE : 101100378

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<del>CLINIQUE INTERNATIONALE RIAD ANNABA VICE CARDIOLOGE 02 2537 342 0000 contact@pfa.ma</del>	15/07/23		F.C			50,00

## 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	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  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a 3D helical structure, likely a protein backbone, represented by a series of numbered nodes (1 through 8) arranged in a spiral pattern. The structure is oriented with a vertical axis labeled 'H' at the top, a horizontal axis labeled 'D' pointing left, and a diagonal axis labeled 'P' pointing down and to the right. The nodes are arranged in a helical path that winds around the vertical axis.

### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET SACHET DU PRATICIEN AFFECTANT LE DEMI

VISÉ ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Rabat, le : 15/05/2013

## BON D'EXAMEN (oncologie)

NOM/PRENOM : Loudghri. Abdellah.

INDICATION..... the patient candidate

# Common Hormones involved in Development & Abortion

### Examens demandes :

- Avis cardio
  - ECG .
  - Echo cœur.



الرياض - ملتقى شارع النخيل والطريق الدائري 5، حي الرياض

Angle Avenue Nakhil et Rocade S, Hay Riad - Rabat

Tél: +212 537 542 000 - Fax: +212 5 37 56 46 47 - Email: [contact@pira.ma](mailto:contact@pira.ma)

Site web: [www.pira.ma](http://www.pira.ma)



**Polyclinique  
Internationale  
Riad Annakhl**



INPE : 100062884

**FACTURE**

RABAT Le : page 1 / 1

**Identification**

N° Dossier : 23E15150040 N°IPP : 078228/23

Nom &amp; Prénom : M. LOUDGHIRI ABDELLAH

C.I.N. :

Date Naissance : 21-03-1948

Adresse : CASA

**Médecin traitant**

DR. ZARZUR JAMILA

**Organisme : Payant****Période d'hospitalisation**

Date Entrée : 15-05-2023

Date Sortie :

**Traitements**

Consultation

	Prestations	Observation	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>							
ECG			1	50,00			50,00
FRAIS CLINIQUE			1	50,00			50,00
<b>Sous Total</b>							
<b>TOTAL PARTIE CLINIQUE</b>							
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>							
DR. ZARZUR JAMILA (Cardiologue)			1	250,00			250,00
<b>Sous Total</b>							
<b>TOTAL PARTIE AUTRUI</b>							
<b>TOTAL GENERAL</b>							
<b>350,00</b>							

Arrêtée la présente facture à la somme de : **TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS**

Modalité de paiement	Ref Cheque	Montant	Solde
ESPECE		350,00 Dh	0,00 Dh

POLYCLINIQUE INTERNATIONALE  
 RIAD ANNAKHL  
 SERVICE CARDIOLOGIE 18  
 Tel : +212 537 542 000  
 E-mail : contact@pira.ma

abdelrahman

louidghiri

..... M / F

Age: .....

..... cm / ..... kg

TA: 132/107

FC: 88/min

Axes:

P 36 °

Intervalles:

QRS 42 °

RR 679 ms

T 46 °

P 118 ms

PQ 154 ms P (II) 0.13 mV

QRS 90 ms S (V1) -0.61 mV

QT 356 ms R (V5) 2.36 mV

QTc 434 ms Sokol. 3.15 mV

10 mm/mV

