

# 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.

M22- 0029593

MUPRAS  
RECEPTION

Optique

Autres

A 74339  
**RAM ( Retraite )**

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **80.91**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ZEROUAL ABDELLATIF**

Date de naissance : **03/01/1961**

Adresse : **MANAÏL DEROUA Z N° 146 DE ROUNT**

Tél. : **06.66.54.42.89** Total des frais engagés : **300,50 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **11/07/2023**

Nom et prénom du malade : **ZEROUAL ABDELLATIF** Age : **62 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Maladie longue d'ACCUEIL**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : **07 SEP. 2023**

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 : **DEROUA**

Le : **06/09/2023**

Signature de l'adhérent[e] :

**MUPRAS**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Dechiffrage et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/07/2023	CS + ECG		300,00 DH	Dechiffrage et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
		ICP 001830229000079 INP 061175584		Dechiffrage et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

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

# ECG

Dr AYOUBI Hassan

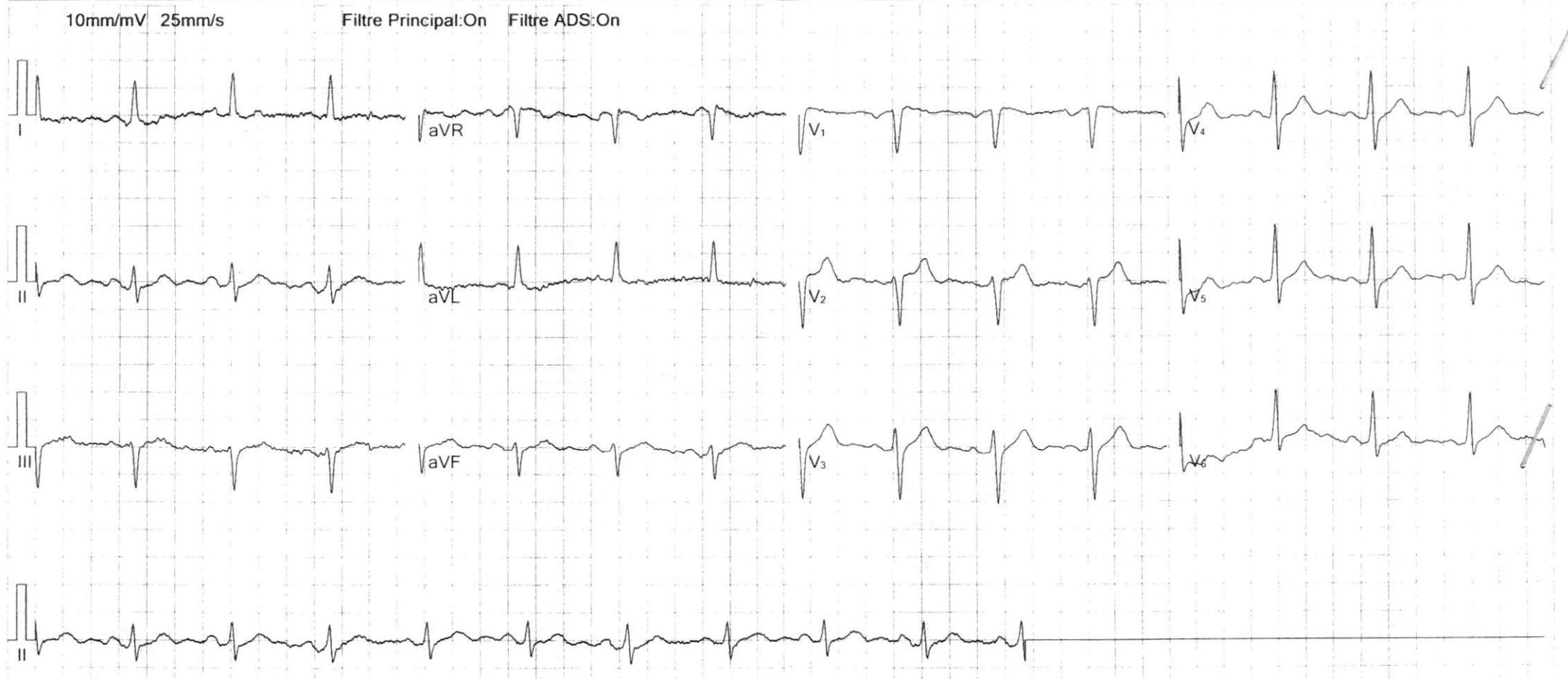
80.rue ibn rochd berchid - Tél :0522326584

NOM:ZEROUAL ABDELLATIF

ID :435/23    Genre :Homme    Age :62    DDN :03-01-1961

Date Test :11-07-2023 12:43

Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr AYOUBI Hassan



Fréquence :	1000 Hz	Interval.QT :	362 ms
Durée ECG :	7 s	Interval.QTc :	428 ms
FC :	84 bpm	Axe P :	46.3°
Durée P :	138 ms	Axe QRS :	-19.3°
Durée QRS :	108 ms	Axe T :	75.8°
Durée T :	224 ms	RV5/SV1:	1.01/0.72mV
Interval.PQ :	165 ms	RV5+SV1:	1.73mV

Suggestion :

DR AYOUBI HASSAN  
CARDIOLOGUE  
80 Rue Ibn Rochd Berchid  
HT : 7 heure 30 min à 14 h  
Tél : 022 32 62 14  
Signature Médecin: