

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19-0028567

Maladie Dentaire ^{19/074} Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1569 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SOUFI Mohammed

Date de naissance :

Adresse : Jamila 5 Rue 29 n° 27 C.D. casa

Tél. : 06 24 10 47 75 Total des frais engagés : 1,116,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/11/2023

Nom et prénom du malade : EL RHOMACH FATIMA Age: 70 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HFA

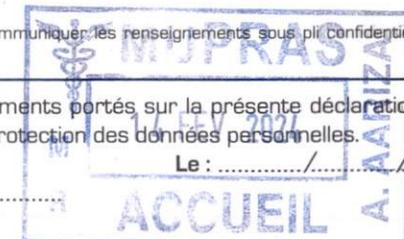
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



RELEVÉ 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
19/12/23	CS + ECG	09/24/1 299	300.00 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/12/23	816.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
00000000		00000000																	
D		G																	
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet d'exploration cardiologique

Dr.CHEHBOUNI Chafia

el rhomach fatima

N° patient
Date de naissance 01.01.1953 (70 Y.)
Sexe Unknown

ECG de repos Évaluation du Tu 19.12.2023 15:25

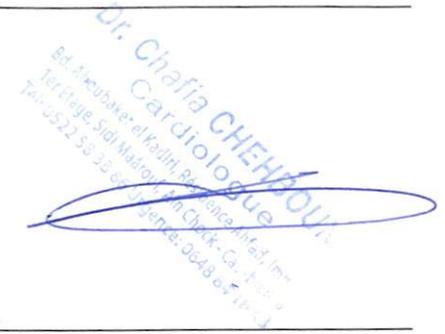
Données examen

QRS (ms)	97
P (ms)	93
PQ (ms)	110
QT (ms)	372
QTc B. (ms)	413 (105%)
QTc disp. (ms)	56
Axe QRS	-3°
FC	74
RR moy (ms)	811

Rapport non confirmé

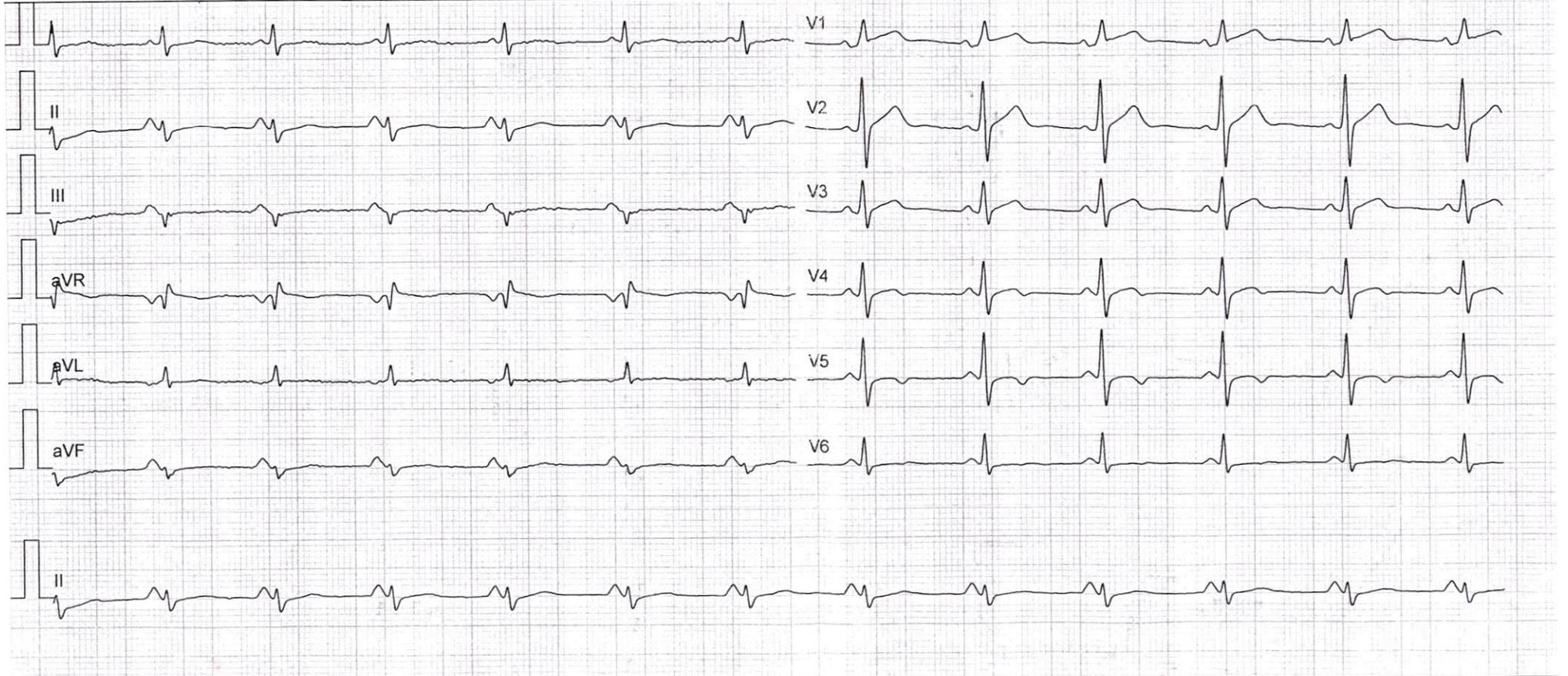
rythme sinusal-cardiaque normal
type gauche
Durée PQ raccourcie
sinon ECG sans constatations pathologiques

Handwritten: tA = 125/65
SpO2 99.5%



ECG analysé FC: 74

(25 mm/s 10 mm/mV 0.05Hz - 45Hz / 50Hz true wave®)





- . Diplômée de la faculté de médecine de Marrakech et de BORDEAUX Segalen France
- . Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd-Casablanca et Mohamed VI de Marrakech
- . Ancien médecin interne de l'Hôpital militaire Ibn Sina de Marrakech
- . Praticien au Centre Hospitalier Universitaire International Mohamed VI Bouskoura

- . خريجة كلية الطب بمراكش و بوردو، فرنسا
- . طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى العسكري ابن سينا بمراكش
- . طبيبة داخلية سابقا بالمستشفيات الجامعية بالدار البيضاء و مراكش
- . طبيبة بالمستشفى الجامعي الدولي محمد السادس بوسكورة

19/12/2023

EL RHOMACH FATIMA

- **Prezar 50 mg - comprimé pelliculé**
1 Comprimé, matin, après les repas
- **d-cure goutte - Aucun**
5 gouttes matin pdt 3 mois
- **Oedes 20 mg - gélule**
1 Gélule, matin, avant les repas, si besoin
- **Nazair 50 µg / dose - suspension pour inhalation nasale**
1 app*4 / j si besoin
- **kopred 20**
3 cp par j pdt 3 j
- **Augmentin 1 g / 125 mg - sachet**
1 sachet, matin, midi et soir, pendant 8 jours (1 boîte)
- **cropropolis - spray**
1 spray, matin, soir, pendant 5 jours
- **Febrex - poudre en sachet**
1 dose, * 2/8 j pendant 5 jours

816,50



0 mg PPV: 113 DH 70
à l'intérieur.
enfants

PPV: 82DH70
PER: 09/26
LOT: M2935-2

PPV: 82DH70
PER: 09/26
LOT: M2934

PPV: 82DH70
PER: 09/26
LOT: M2933

LOT 221878
EXP 08/2025
PPV 99.00DH

LOT: GA20263
PER: 03/2024
PPV: 75 DH 00

LOT: 4075
PER: 06-26
PPV: 30DH40

PHARMED LOT : 6088
UT.AV : 07-26
PPV : 21DH00

PPV: 168.20 DH
LOT: 609429
PER: 05/25

LOT: 274/PER: 07/2026
PPV: 55.10 DHS

PROPOPOI