

# 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.

## éducation :

- 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 |

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.

N° P19-0049798

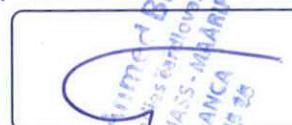
Maladie  Dentaire  14866  Optique *Cdt*  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8729 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : MADKOUR ZAKHIA  
 Date de naissance : 26.02.1967  
 Adresse : VILLA 286 LOT FLORIDA  
 2019 CASABLANCA  
 Tél. : 0661310657 Total des frais engagés : 31705 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27.12.2015 Nom et prénom du malade : MADKOUR ZAKHIA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *HTA*

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 : Casablanca Le : 1/1/2016

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       |
|--------------------------|--|-----------------------|---------------------------------|--|
| 27/09/2019<br>28/09/2019 | Surveillance<br>d'urgence<br>et maladie<br>de l'adulte | 3000                  | 3000                            | Sur A.M.<br>s maladie<br>KADI JASS - MAR<br>CASABLANCA<br>25/09/2019 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 24/12/19 | 361.00                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

### (Création, remonté, adjonction)

## **Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



**Professeur Ahmed BENNIS**

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le : .....

CASA , Le 27/12/2019

**M. ZAKARIA MADKOUR**

361, 100



**1) EXFORGE 160/5/12,5 MG**

1 le matin, au cours du repas, pendant 1 mois

*Professeur Ahmed BENNIS*  
Spécialiste des maladies cardiovasculaires  
98 Rue KADI IASS - MAARIF  
CASABLANCA  
TEL: 0522 29 36 00



MDT DXP OT

5147

04 18  
03 2020  
BDF 10

1126503-A17-MA



6118001030989

**EXFORGE HCT** ○  
**5mg/160mg/12.5mg**

28 comprimés pelliculés

PPV: 361.00 DH

2695

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.  
A conserver dans l'emballage extérieur d'origine,  
à l'abri de l'humidité.  
Tenir hors de la portée des enfants.

Fabriqué par Novartis Pharma S.A  
15808210 Barberà del Valles, Barcelona, Espagne  
Novartis Pharma Stein AG  
Schaaffhausenstrasse CH-4332 Stein-Suisse  
Distribué par Novartis Pharma Maroc 333 00 633  
Téléau A (liste I) - Uniquement sur ordonnance  
RESPÉCTER LES DOSES RECOUTRES

MADKOUR ZAKARIA

Né(e) le \_\_\_\_\_  
Age \_\_\_\_\_  
Sexe Masculin  
Taille cm \_\_\_\_\_  
Poids kg \_\_\_\_\_  
Origine PA \_\_\_\_\_  
Remarque \_\_\_\_\_

FC 68 /min

Intervalles

|     |        |        |          |
|-----|--------|--------|----------|
| RR  | 888 ms | P (II) | 0.09 mV  |
| P   | 128 ms | S (V1) | -1.04 mV |
| PR  | 214 ms | R (V5) | 1.91 mV  |
| QRS | 94 ms  | Sokol. | 3.27 mV  |
| QT  | 406 ms |        |          |
| QTc | 432 ms |        |          |

(Bazett)

Axes

|     |      |
|-----|------|
| P   | 39 ° |
| QRS | -9 ° |
| T   | 22 ° |

Interprétation: RYTHME SINUSAL, POSITION GAUCHE, ECG DANS LES  
LIMITES DE LA NORMALE

RI6.02 Rapport non confirmé

