

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

N° W19-45626

ND=18836

PD: 18576

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1607

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BELAÏNÉ EL Hébib

Date de naissance :

02/10/86

Adresse :

Résidence Malak Boustaoura N° 8

Tél. :

0661 16 75 00

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Belâiné EL Hébib

Age :

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.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

31/10/19



### 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
31/10/19	Santé	300	300	INP: 0910K65911 Dr. KADJA A. S. 31/10/19

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie 2019	31/10/19	10.26,20 D.H.
16 Rue Jules 2019		

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

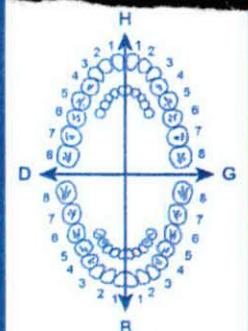
Cachet et signature du Laboratoire d'Analyses Radiologiques	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE ANALYSES MEDICALS 679, boulevard Alouane 2019 Tél: 0522 52 83 18 Fax: 0522 52 83 19	26/10/19	B 10,11n	78,60
	09/11/19	Bd 10 + 11t	78,60
	31/10/19	S 10 + 11r	78,60

### AUXILIAIRES MEDICAUX

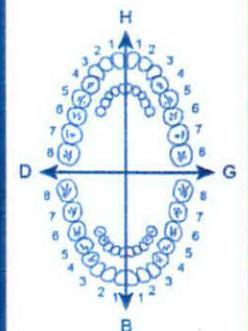
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
		AM PC IM IV	
MEDICALS 679, boulevard Alouane 2019 Tél: 0522 52 83 18 Fax: 0522 52 83 19			

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

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 31/10/2019

M. El habib BELAMINE

Lasilix 40mg  
20 Cp séc  
P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue assekra benn al ouam roches  
noires casablanca  
**SYMBICORT TURBUHALER**  
400/12ug par dose Poudre p inhal.  
Flacon de 60 doses  
10514 DMP/21/NRQ du P.P.V : 297,00 DH  
6 118001 020935

Lasilix 40mg  
20 Cp séc  
P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

P.P.V : 57DH70  
LOT: B21994  
EXP: 02.2021

LOT: 048  
PER: OCT 2021  
PPV: 150 DH 00

LOT: 052  
PER: MAR 2022  
PPV: 150 DH 00

LOT: 051  
PER: MAR 2022  
PPV: 150 DH 00

1) SINTROM Comprime Secable à 4 mg Bte 10 Comprime  
Prendre 3/4 comprimé le soir, pendant 3 mois

15x3 = 45  
2) ANGINIB 100 MG  
1 le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

3) SAFLU Suspension Pour Inhalation à 250 µg/25 mg Flacon 120 Dose  
Prendre 1 dose le matin et le soir, pendant 3 mois

34x3 = 102,80  
4) LASILIX Comprime à 40 mg Bte 20 Comprime  
Prendre 1 comprimé le matin, pendant 3 mois

5) ALDACTONE Comprime à 50 mg Bte 20 Comprime  
Prendre 1/2 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

6) CRESTOR Comprime Pellicule à 10 mg Bte 28 Comprime (W Achaté)  
Prendre 1 comprimé le soir, au cours du repas, pendant 3 mois

1 boite

7) SYMBICORT TURBUHALER Poudre Pour Inhalation à 400 pg/12 µg Flacon  
60 Dose  
Prendre 2 doses le matin et le soir, pendant 3 mois

297,00

T = 1026,20



# BILAN BIOLOGIQUE

30/10/19  
31/12/19 / 28/01/2020

## INFLAMMATION

- CRP
- VS 1<sup>ère</sup> heure et 2<sup>ème</sup> heure

## IONOGRAMME

- Potassium, Sodium, Chlore
- Réserve alcaline
- Protides totaux

## BILAN LIPIDIQUE

- Triglycérides
- Cholestérol total
- Cholestérol HDL
- Cholestérol LDL

## BILAN HEPATIQUE

- SGOT (ASAT), SGPT (ALT)
- Gamma GT
- Phosphatases alcalines

## BILAN URINAIRE

- Protéinurie des 24 heures
- ECBU
- Ionogramme urinaire

## BILAN GLYCEMIQUE

- Glycémie à jeun
- Glycémie post-prandiale
- HbA1c

## DIVERS

- Myoglobine
- Troponine
- Electrophorèse des protéines

## HEMOGRAMME = (NUMERATION - FORMULE SANGUINE)

- Globules rouges - Hémoglobine  
Hématocrite - Globules blancs...
- Plaquettes

## BILAN DE LA FONCTION THYROÏDIENNE

- TSH

## BILAN DE LA COAGULATION

- Taux de prothrombine
- INR
- TCA malade/TCA témoin
- Fibrinogène

## BILAN DE LA FONCTION RENALE

- Crétaténine
- Urée plasmatique
- Acide urique

## EXPLORATION DE LA PROSTATE

- PSA

## ENZYMES MUSCULAIRES

- LDH
- CPK
- CPK - mb

Cachet

