

## 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° W19-461759

63821

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 34 62      Société : royal air maroc

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : Soussi LATOURCIS

Date de naissance : 30/06/1946

Adresse : Rue moulay abdelhafid NR 07 Hy EL HASSANI Laayour

Tél. : 06.67.19.73.83 Total des frais engagés : 1247 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : N° 43 Dr. Abdel EL KHATIB, Tel: 06 25 95 04 20 / G.S.M: 06 00 32 77 42, Age: 1965

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : HTA

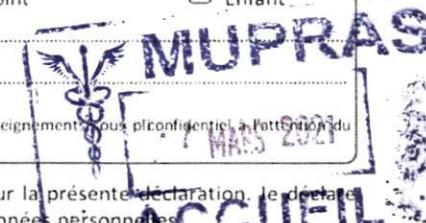
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Laayour

Signature de l'adhérent(e) : Le : 06/07/2001



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES**

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
23 JAN 2020	CS.		200,-	21056861 Dr. Adel EL KHATA Spécialiste des Maladie du Coeur et des Vaisseaux Drs AL QODS Leby Tunisie - N°: 06.81.10

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. EL HASSAN MACIE Tel: 05 26 92 02 11 INPE.	23/01/2021	Tz 10471.0

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

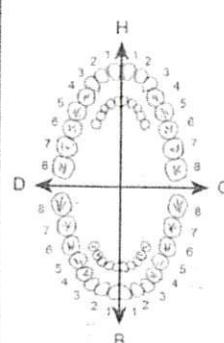
**Important :**

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
D	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

#### Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession





عيادة تشخيص أمراض القلب و الشرايين  
CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO - VASCULAIRES

Dr. Adel EL KHATABI

د. عادل الخطابي

جامعة كلية طب رباط

خريج كلية الطب بالرباط

NOVARTIS

PPV : 264,00 DH

PPV : 264,00 DH

PPV : 264,00 DH

Ordonnance

23/01/2021

MME IGHOULAS FADMA

264,00 x 3 = 792,00

N.S.

- Exforge 5mg/160mg - comprimé pelliculé

1 Comprimé, matin, pendant 3 mois

- Digoxine native 0,25 mg - comprimé

1 Comprimé, midi 5 jours /7, pendant 3 mois

- Sintrom 4 mg - comprimé sécable

1 comprimé / 3/4 Comprimé 1 jour sur des repas , pendant 3 mois



6 118001 040117  
DIGOXINE 0,25 mg  
(Digoxine)

30 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 25 DH 00

PPV :

Exp :

N° Lot :

20,00

PPV :

Exp :

N° Lot :

20,00



6 118001 040117  
DIGOXINE 0,25 mg  
(Digoxine)

30 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 25 DH 00

PPV :

Exp :

N° Lot :

20,00

PPV :

Exp :

N° Lot :

20,00



6 118001 040117  
DIGOXINE 0,25 mg  
(Digoxine)

30 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 25 DH 00

PPV :

Exp :

N° Lot :

20,00

Exp :

N° Lot :

20,00

Dr Adil EL KHATABI

ECG

Nom : IGHOULAS FAISMA

SN : 0010259

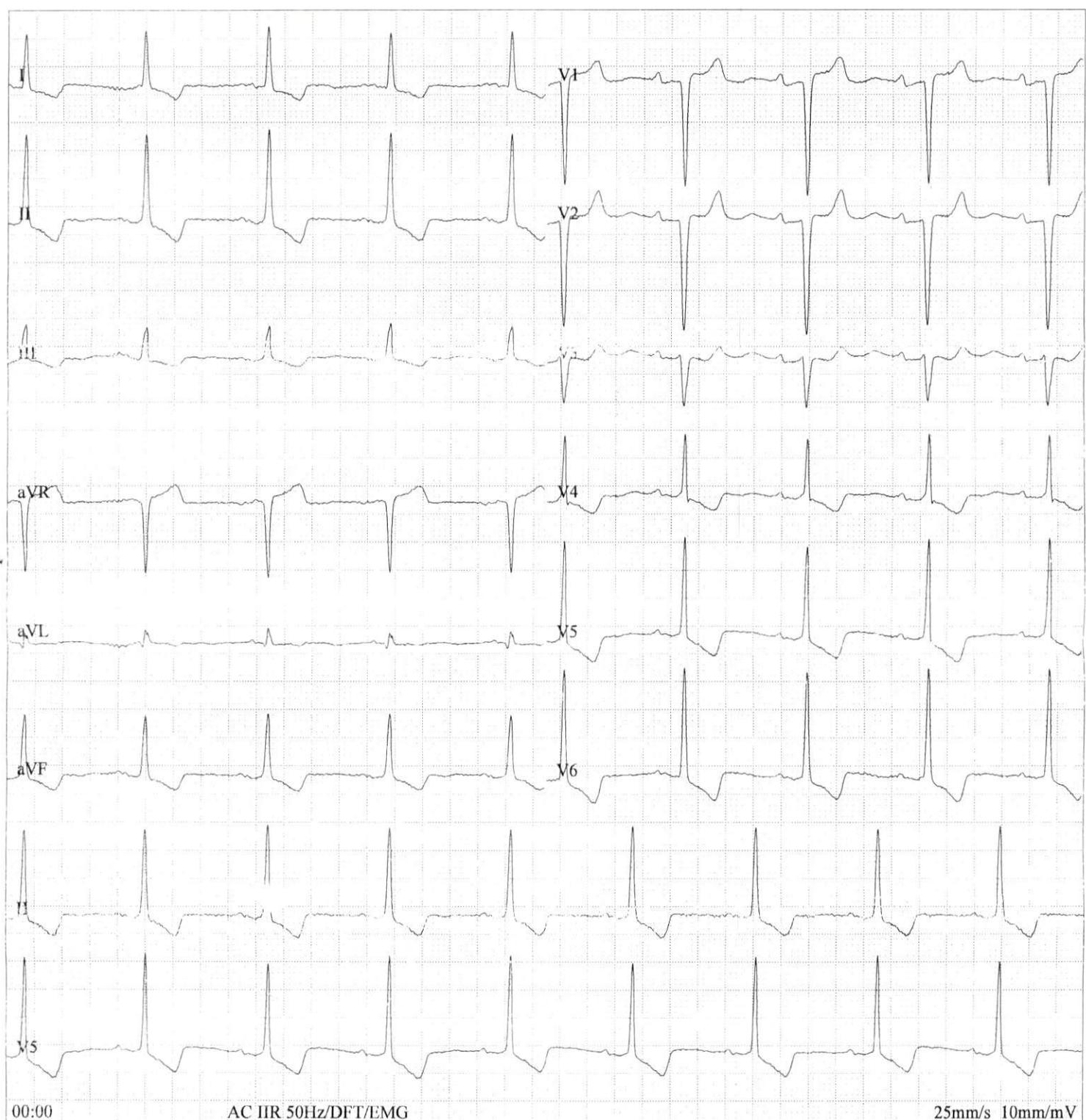
Case No. :

Age :

Lit No :

Clinique N :

Date : 23/01/2021 11:47:52



Prompt:			
Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	181 ms
Temps d'écha	20s	QT Interval:	358 ms
HR:	68bpm	QTc Interval:	380 ms
P Interval:	118ms	P Axis:	23.80°b
QRS Interval:	90 ms	QRS Axis:	55.20°b
T Interval:	201 ms	T Axis:	-128.80°b

Signature Medecin :