

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.

N° W19-577989

90790

| | | | |
|--|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | Société | |
| Matricule : 3111 | Nom & Prénom : BELGHOUAT EL HASSAN | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Date de naissance : 31/05/1956 | | | |
| Adresse : OP. OUV. RABII IN. F. N°1 MASSIRA 3 MARRAKECH | | | |
| Tél. 0666053579 | | Total des frais engagés : 300 DHS | |

| | | |
|---|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | |
| Cachet du médecin : | | |
| Date de consultation : 07/02/2021 | | |
| Nom et prénom du malade : BA S HOUAT YOUSSEF | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | |
| Nature de la maladie : PO RAY CANCER | | |
| 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 : **MARRAKECH** Le : **04 NOV. 2021**

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

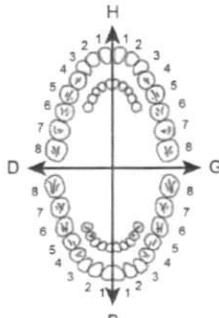
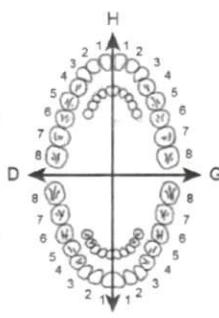
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

| SOINS DENTAIRES | | Traitées | Soins | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|---|-------|-------------------------|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|--|--|-------------------------|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | |



Cabinet d'explorations cardiovasculaires

- ECG
- Echodoppler cardiaque (ETT - ETD)
- Echocardiographie de stress
- Holter rythmique et tensionnel
- Epreuve d'effort

عيادة أمراض القلب والشرايين

- تنظيف القلب

- الفحص بالصدى للقلب والدورة

- قياس الضغط الدموي لمدة 24 ساعة

- تسجيل دقات القلب لمدة 24 ساعة

- تنظيف الجهد

Marrakech, le

31/01/2021

مراكش في :

AVIS CARDIOLOGIQUE

Nom : BELGHOUAT YOUNES

Date de l'examen : 03/02/2021

Indication : bilan cardiaque pré embauche

Patient de 23 asymptomatique sur le plan cardiorespiratoire avec bonne tolérance à l'effort

Examen : TA : 100/60

BDC réguliers sans souffle cardiaque

Absence de signe d'insuffisance cardiaque

ECG : RRS à 68pbm

Absence de troubles de rythme ou de conduction

Conclusion : examen cardiovasculaire clinique et électrique sans anomalies

DR S EL HARTI

Dr Siham EL HARTI
Spécialiste des Maladies Cardiovasculaires
Bd. Dar El Hana, résidence Dar El Hana, App. 10, 1er étage, Massira 1 (en face Banque Populaire) - Marrakech
Tél : 05 24 34 22 34 - EN CAS D'URGENCE GSM : 06 61 44 39 81 - E-mail : elhartisihame@yahoo.fr

Dr Sihame ELHARTI

ECG

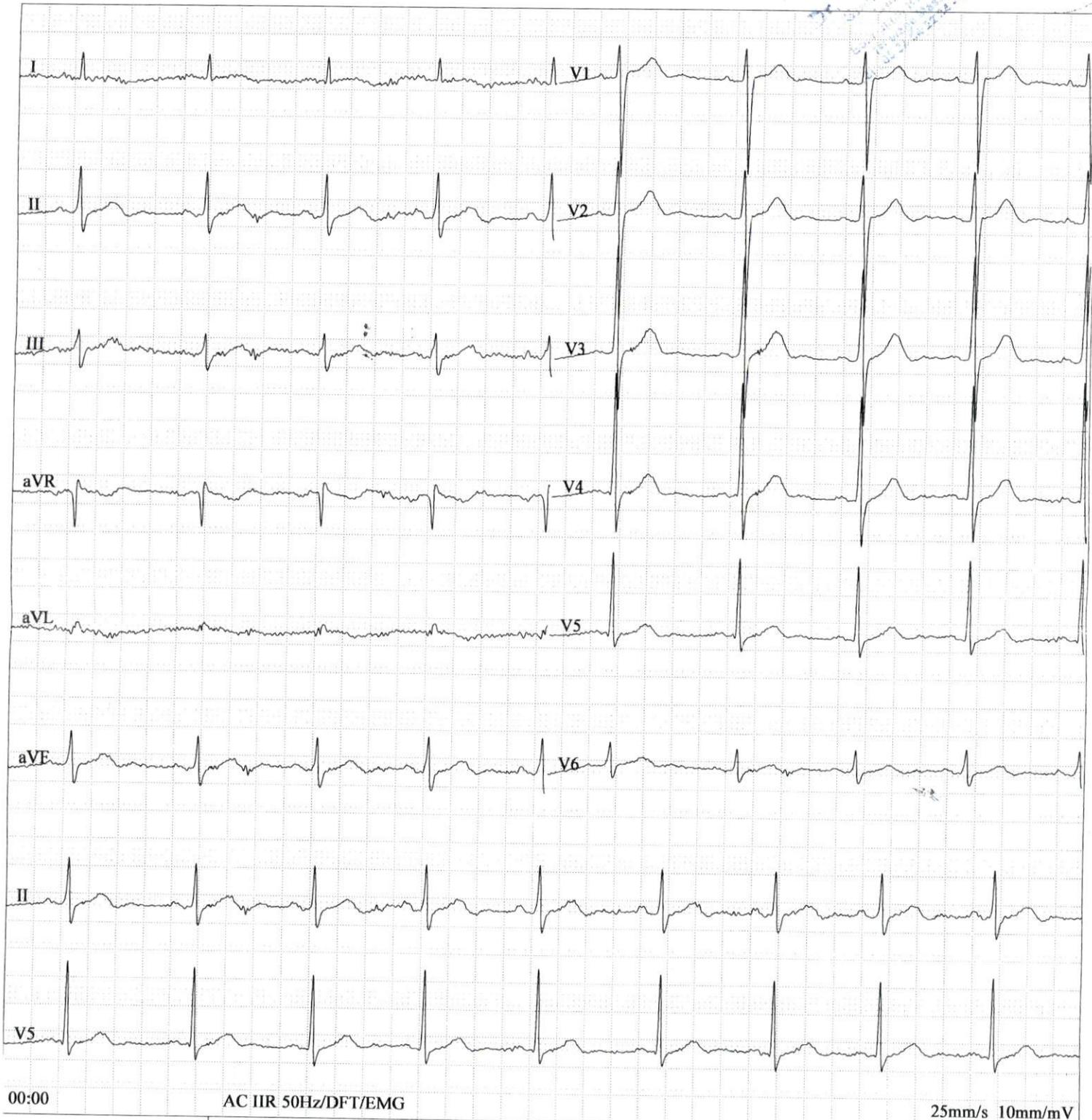
Nom : BELGHOUAT YOUSSEF
SN : 0010810 Case No.

Age :

Clinique N :

Section

Section 10
03/12/2021



00:00

AC IIR 50Hz/DFT/EMG

25mm/s 10mm/mV

| | | | |
|---------------|--------|---------------|-----------|
| Fréquence: | 1000Hz | PR Interval: | 289 ms |
| Temps d'écha | 59s | QT Interval: | 544 ms |
| FC: | 68bpm | QTc Interval: | 580 ms |
| P Interval: | 235ms | P Axis: | 74.80°Cb |
| QRS Interval: | 101 ms | QRS Axis: | 23.20°Cb |
| T Interval: | 399 ms | T Axis: | 101.90°Cb |

Prompt:

100 100 100

A photograph of a handwritten signature in blue ink, followed by a rectangular blue ink stamp. The stamp contains the text 'Dr. Speciale' at the top, 'Büro des Deutschen Arzthauses' in the center, and 'April 10 1939' at the bottom right. There is a large, dark, handwritten oval drawn over the stamp.

Signature Medecin :