

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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 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



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 045852

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6836 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre : 92329

Nom & Prénom : OUAÏD INSETAPAT

Date de naissance : 17.09.1954

Adresse : 257 LOTISSEMENT LA SOURCE AGASSIANA

Tél. : 0661150283 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *Saïd OUAÏD*

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 : 25.10.2021

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
20/07/2012	Verso affectue	N/125353	100	DR. J. M. ABS

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

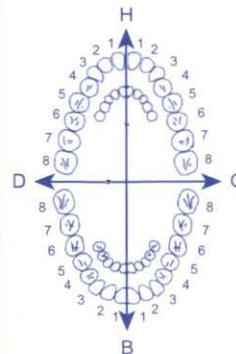
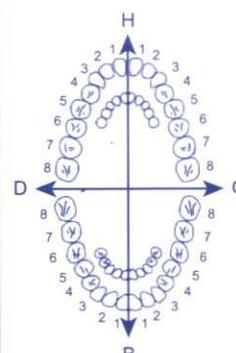
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B 00000000 00000000	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية  
**Ordonnance**

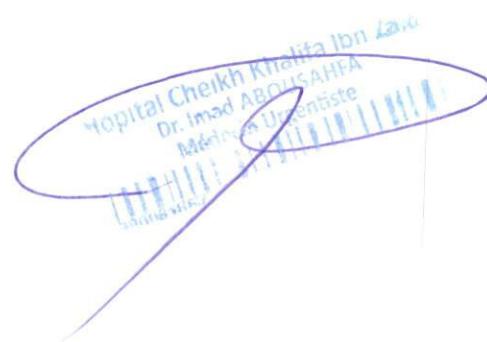
Casablanca, le :

20/10/21

OUM KIM

MUSTAPHA

E C G



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 125353 / 2021 du 20/10/21

Nom patient	OUAKIM MUSTAPHA	Entrée	20/10/21
	PAYANTS	Sortie	20/10/21

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation initiale d'urgences hors déchocage	1,00		100,00	100,00
- Consultation de spécialiste en urgence	1,00		200,00	200,00
ECG	1,00		100,00	100,00
			<i>Sous-Total</i>	<i>400,00</i>
PHARMACIE	1,00		66,33	66,33
			<i>Sous-Total</i>	<i>66,33</i>
<b>Total Clinique</b>				<b>466,33</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
QUATRE CENT SOIXANTE-SIX DIRHAMS TRENTE-TROIS CENTIMES		<b>Total</b>
		<b>466,33</b>

Date	Produit	N° BS :	QtéB	QtéU	Prix Vente	Montant	PS Fournisseur	
1159416								
19/10/2021 COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT	1159416		1	0	1.21	1.21	URGENCES	C
19/10/2021 INTRANULE G 20	1159416		-1	0	1.43	1.43	URGENCES	C
19/10/2021 KARDEGIC 300mg Sachet (30)	1159416		0	1	0.64	0.64	URGENCES	C
19/10/2021 PARACETAMOL 1G INJECT 1G INJECT	1159416		1	0	12.73	12.73	URGENCES	C
19/10/2021 PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINE	1159416		1	0	4.99	4.99	URGENCES	C
19/10/2021 PLAVIX 75mg Comprim (28)	1159416		0	4	11.29	45.16	URGENCES	C
19/10/2021 TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECB	1159416		1	0	0.17	0.17	URGENCES	C
<b>S/total Produit</b>			<b>5</b>	<b>5</b>		<b>66.33</b>		
<b>Total consommation</b>								<b>66,33</b>

Id :

Indéfini --- (--) Indéfini

Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

Universitaire International Cheikh Khalifa  
KANAL SABRINE  
URGENTISTE  
Signature

75 bpm

PR: 118 ms

QRS: 92 ms

QT/QTcH: 366/392 ms

QTcB: 409 ms

QTcF: 394 ms

R<sub>rs</sub>/S<sub>v1</sub> : 0.64/0.41 mV

Sok-Lyon : 1.05 mV

Axe: 63/55/74 °

RHYTME SINUSAL

DEMANDE RYTHME

\*\*\* INTERPRETATION EFFECTUÉE

SEXÉ/ L'ÂGE DU PATIENT \*\*\*

AUCUNE ANALYSE ULTERIEURE EI .--

RYTHME DU STIMULATEUR CARDIAQUE.

AUCUN AUTRE RESULTAT

Résumé: ECG ANORMAL

2100411614 / 180327140056SM  
Prénom : Mustapha

Nom : OUAKIM

DDN : 17/09/1954 E: 20/10/2021

Service : URGENCES (NA)

PAYANT  
Sexe: M



Dép. :

25mm/s 10mm/mV LP:40Hz AC:50Hz Cardioline ECG200S v.2.11.7693