

# 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

- 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.



## Declaration de Maladie

N° W21-636758

106873

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7743	Société : R.A.R		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : Retraité	
Nom & Prénom : CHIBAIBI SAIDA			
Date de naissance : 22/11/1949			
Adresse : Résidence OCEAN PALM DAR BOUZZA SA SABRANCA			
Tél. : 0661 10 2484	Total des frais engagés : 3. 772,10		

Cabinet de Cardiologie et des Maladies Vasculaires Dr. RIM FAGOURI 4, Rue Oued Fès Agdal - Rabat Tél (+212) 05 24 73 28 - (+212) 06 61 31 39 32 INPE : 101244234 - IP : 42706415	Date de consultation : 9/12/22	09 FEV. 2022
Cachet du médecin :	Boulaqzane SAIDA Age: 62	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	HTA + palpitations	
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'at/ médecin conseil de la Mutuelle.		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
 Fait à : CASA BLANCA Le : 24.12.2022

Signature de l'adhérent(e) : R ACCUEIL J.M. BOUZACHANE

1/13

## 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
09 FEV 2022		100	300,-	INP : [REDACTED]

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Chiffet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OCEAN PALM ROUTE D'AZEMMOUR 19212520623163	09/08/22	472,10

ANALYSES IRADIOGRAPHIES

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 d

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT



# Dr. RIM FAGOURI

Spécialiste des Maladies  
Cardio-Vasculaires  
Ancienne Interne du CHU de Rabat  
Diplômée de :  
- L'Université de bordeaux  
- L'Université de Pierre et Marie Curie, Sorbonne

- Electrocardiogramme
- Holter Tensionnel et Rythmique
- Echocardiographie Trans-thoracique
- Echocardiographie Trans-Oesophagienne
- Doppler Vasculaire
- Pressotherapie

09 FEV. 2024  
Cabinet de Cardiologie et  
des Maladies Vasculaires  
Dr. RIM FAGOURI  
1, Rue Oued Fés Agdal - Rabat  
Tél: (+212) 08 08 54 73 28 - (+212) 06 61 31 39 32  
INPE: 101244234 - IF: 42706415

142,20

Boulaama

Saida

142,20

T: 472,10

142,70 x 2  
1



Couler Syr 300g

46,70  
2



Zytomic 100

11  
03  
med

Cabinet de Cardiologie et  
des Maladies Vasculaires  
Dr. RIM FAGOURI  
4, Rue Oued Fés Agdal - Rabat  
Tél: (+212) 08 08 54 73 28 - (+212) 06 61 31 39 32  
INPE: 101244234 - IF: 42706415

LOT 210523  
EXP 02 2025  
PPV 46,70 DH

LOT: 211147  
PER: 04-2024  
PPV: 140,00DH

Colchicine



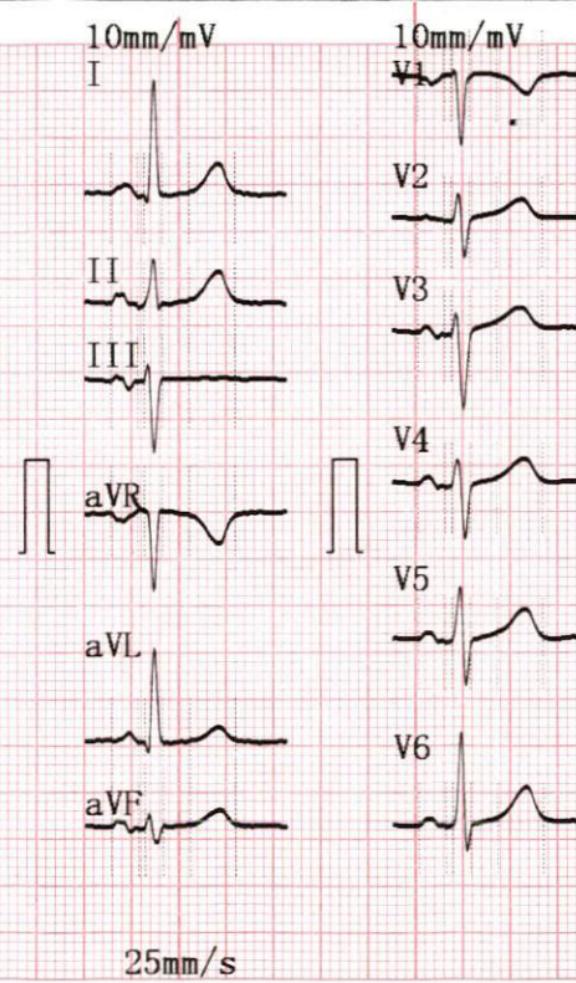
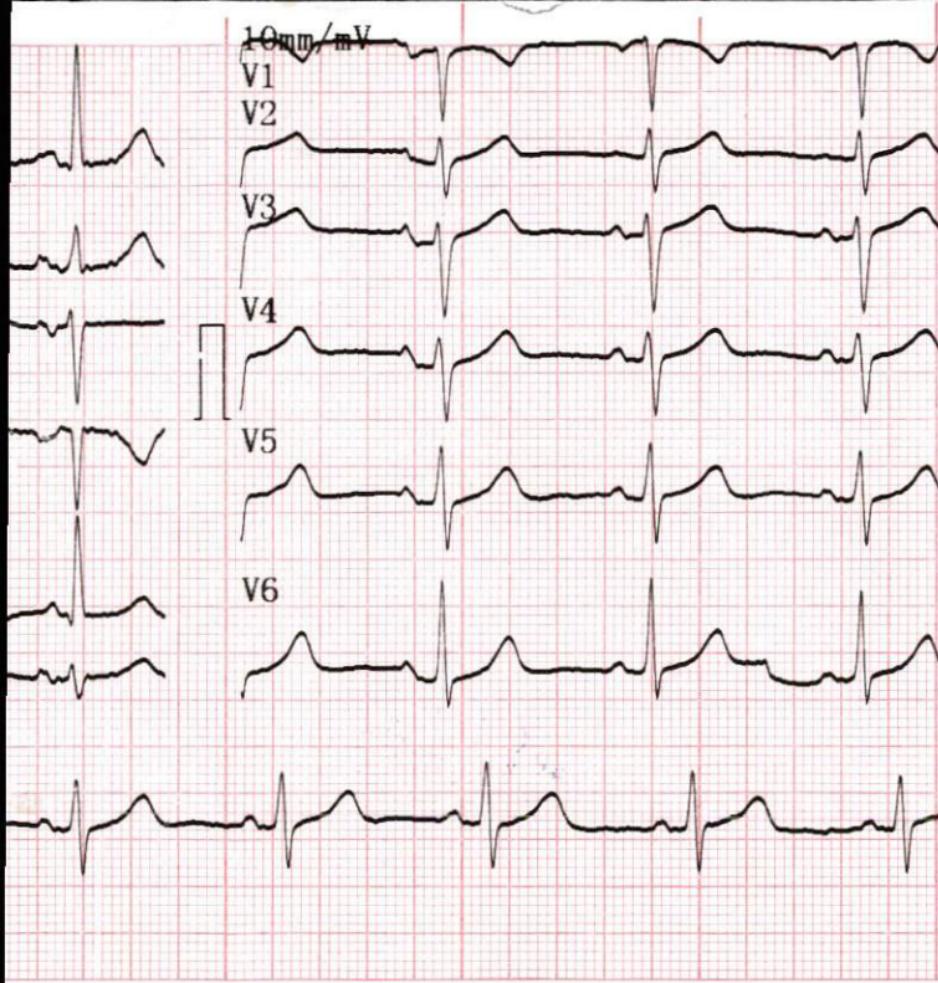
140,00

oleo Zep

11  
03  
med

عمارة 4، شقة 3، زنقة واد فاس أكدال الرباط  
Tél.: (+212) 08 08 54 73 28 - Gsm : (+212) 06 61 31 39 32 - E-mail: dr@dr-cardio.com - www.dr-cardio.com  
ICE : 00246339000031

PHARMACIE OCEAN PALM  
HARIT JWA  
Docteur en pharmacie  
Lot Ocean Palm GH3 Imm 74 MAG n°1  
Km 19 Route Dazemzouar par Bouazza  
Tél: +212 5202 3163 - INPA: 092103613



2022-02-09 18:41  
 ID: Rue Boulaouane Sadi  
 Nom: Sexe:  
 Taille: cm Poids: kg SYS/DIA: mmHg  
 FC [bpm]: 68  
 Intervalle PR [ms]: 145  
 Durée P [ms]: 116  
 Durée QRS [ms]: 79  
 Durée T [ms]: 196  
 QT/QTc [ms]: 393/419  
 Axe P/QRS/T [deg]: 26.0/-2.4/36.6  
 R(V5)/S(V1) [mV]: 0.56/0.73  
 R(V5)+S(V1) [mV]: 1.29  
 <<Conclusions>>  
 Ryth. sinusoïdal norm.;  
 Dévia. ax. gche modérée;

\*\*Le rapport doit être confirmé par un médecin\*\*

09 FEV. 2022  
 Cabinet de Cardiologie et  
 des Maladies Vasculaires  
 Dr. RIBAGOURI  
 4, Rue Oued Ismaïl Agdal, Rabat  
 Tel: 022 08 08 54 13 24 / 022 06 61 31 39 32  
 INPE: 101244234 / 42706415

Médecin \_\_\_\_\_