

## 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 rééducation.
- 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

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° W21-683086

118286

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	02189	Société :	Ram
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MAATOUQUI Mohamed			
Date de naissance : 1956 CASA			
Adresse : G.T Rue 105 N° 6 OULÉA CASABLANCA			
Tél. 0664022730			Total des frais engagés : 657,30 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 07/06/2022			
Nom et prénom du malade : MAATOUQUI Mohamed Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : HTA - DT2 - ADI - Coronaropathie			
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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/06/2022

### 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
27/10/2022	Cs + LSC		250 Dh	INP : [REDACTED] Dr. H. HADJI

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. H. HADJI	07/10/2022	407,30

*(Large blue stamp reading "Dr. H. HADJI" over the entire section)*

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

**ODF PROTHESES DENTAIRES**

H 25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000  
B 35533411 11433553

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H 25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000  
B 35533411 11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# Docteur Houda EL HADI

CARDIOLOGUE

Maladies du cœur et des vaisseaux

Diplômée des facultés de médecine de Casablanca et Bordeaux II

Casablanca, le : 07/06/2022

M. MAATOUQUI Mohamed

Cardioaspirine 100 mg/30cpls

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



Régime peu salé, diabétique

HYTACAND 16/12,5 mg : 1 comp. par jour

SYNTHEMEDIC  
22 rue sulteur hou al assau roches  
noires casablanca  
HYTACAND

16 mg/12,5 mg  
Bte de 30

29 DMP/21/NRQ P.P.V. : 17,20 DH  
6 118001 020898

BISOCARD 5 mg : 1 comp. par jour le matin

176,20

CARDIOASPIRINE 100mg : 1 comp. par jour au repas de midi

27,70

AMOVAS 5 mg : 1 comp. par jour le soir

49,40

CRESTOR 5 mg : 1 comp. par jour au diner

114,10

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp dell 30  
P.P.V. : 114,10 DH

6 118001 183104

Traitement de

407,30

49,10

39,90

Dr. Houda EL HADI  
CARDIOLOGUE

159 Bd Sidi Maarouf, lot Dandouny,  
1er Etage, Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél: 0522 58 46 57 - 08 56 59 33 56

Madame MAHROUCH Zakia Ep. KADIRI  
159 Bd Sidi Maarouf, lot Dandouny,  
1er Etage, Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél: 0522 58 46 57 - 08 56 59 33 56

Adresse : N° 159 Bd Sidi Maarouf (lot Dandouny), Sidi Maarouf, 1 er étage, CP 20520, Casablanca

Bur : 0522584857 Urgences : 0650695336 - Email : dr.elhadicardio@gmail.com

# Dr Houda EL HADI

Nom :MAATOUQUI MOHAMED

Sexe :Homme

Clini:

Age :

SN:0000992

Lit:

Servi:

Date:07/06/2022 10:59:57

Cas:

	Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR	184 ms	Prompt:
Temps d'échantillon	15 s	Intervalle QT	428 ms		
HR:	61 bpm	Intervalle QTc	433 ms		
Intervalle P	80 ms	Axe P	71,35°		
Intervalle QRS	90 ms	Axe QRS	-16,67°		
Intervalle T	212 ms	Axe T	52,52°		

*Dr. Houda EL HADI*

**CARDIOLOGUE**

159, Bd Sidi Maârouf, (Lot Zandoun)

1er Etage, Sidi Maârouf, Casablanca

Tel: 0522 58 48 57 - 06 50 89 53 36

Signature du médecin :

