

## 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 soin 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° W19-495568

124670

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2083

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MARIKH MOHAMED

Date de naissance :

05.01.1944

Adresse :

50 Rue lebel à Jins' Dab ghitt

Télé. :

06 77 46 69 60 Total des frais engagés : 1706,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

02/08/2022

Nom et prénom du malade :

HADRAF SADIA

Age: 19 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : 02/08/2022

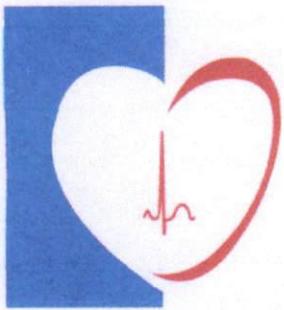
Signature de l'adhérent(e) :

PHARMACIE GHALEF			EXECUTION DES ORDONNANCES
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
Mme. EL HADJ SEDRA CHI Leila	02/08/77	1146,60	
Docteur en Pharmacie 1, Rue Jaber Ansari Darb Ghalef - Casablanca Tél (05) 22 25 28 51			

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																		
				INP : <input type="text"/>																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
G																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

# CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES



Le 02/08/2022

باج (الصفي)

Mme HADRANE SAADIA

6 118001 040117  
DIGOXINE 0,25 mg  
(Digoxine)  
30 comprimés

BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

6 118001 040117  
DIGOXINE 0,25 mg  
(Digoxine)  
30 comprimés

BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

الدكتور محمد بو زباع  
أمراض القلب والشرايين

Dr. M. BOUZOUBAA  
CARDIOLOGUE

Echocardiographie Doppler Couleur

Echo Doppler Veineux et Artériel

Holter Tensionnel

Holter Rythmique

Epreuve d'Effort

Urgences Cardiologiques

22

68,80 3x  
11,60 3x

1/ DIGOXINE 0.25

½ CP / J Matin

PPU 68DH80  
EXP 05/2025  
LOT 26073 1

PPU 68DH80  
EXP 05/2025  
LOT 26073 1

2/ DIUREX

1 CP / J Matin

Mme. EL KADRI AGUEDACH  
Docteur en Pharmacie  
121, Rue Jabir Ansari,  
Bord Ghalif - Casablanca  
Tél : 05 22 25 28 51

3/ LEVOTHYROX 50

1 CP / J Matin Avant

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg.  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg.  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg.  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

4/ REXBAN 20

1 CP / J Midi

LOT 223025  
EXP 02/24  
PPV 370DH00

LOT 223025  
EXP 02/24  
PPV 370DH00

LOT 223025  
EXP 02/24  
PPV 370DH00

Traitement de 3.... Mois

TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE.

Dr. M. BOUZOUBAA  
CARDIOLOGUE  
13, Bd Aïn Taoujتate (en face de Clinique Badr)  
Rés. ILIAS, N°6 - Bourgogne - Casablanca  
Tél : 05 22 27 20 20

Résultats mesures:

QRS : ms  
QT/QTcB : / ms  
PQ : ms  
P : ms  
RR/PP : / ms  
P/QRS/T : / / degrés  
QTD/QTcBD : ms  
Sokolow : mU  
NK

Interprétation:

rapport non confirmé .

