

## 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 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

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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-682698

130019



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>10356</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>ERRIACHI - RACHID</b>			
Date de naissance : <b>30 01 1965</b>			
Adresse : <b>LOT ERROUBIR RUE 11 N° 289 Agpt 1</b>			
Té : <b>06 61 78 76 31</b> Total des frais engagés : ..... Dhs			

Autorisation CNIDP N° 144-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin : <b>19 SEP. 2022</b>	<b>H. HAKIM</b>
Date de consultation : <b>27/06/2022</b>		
Nom et prénom du malade : <b>ERRIACHI RACHID</b>		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Age : ..... Enfant		
Nature de la maladie : <b>HTA</b>		
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 : **19/09/2022** Signature de l'adhérent(e) : **ERRIACHI RACHID**  
 Le : **19/09/2022**

### 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
27/06/22	CS	-	250,00	INP : 0951616215
06/06/22				
2022 ECG				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Permettre à l'assurance de faire des remboursements	27/06/22	1972,80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

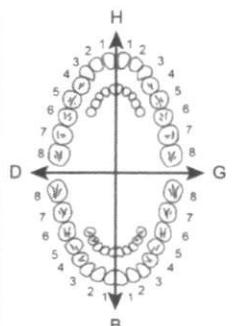
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

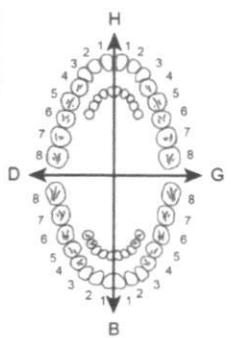
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

PPV 24DH60 EXP 02/2025  
LOT 10072 2

PPV 24DH60 EXP 03/2025  
LOT 22033 1

Dr. FNAL Naj

Cardiolog

- Ancien Médecin des Hôpitaux
- Ancien Médecin du CHU
- Diplômée D'échocardiologie
- Diplômée D'imagerie Vasculaire Non Invasive - Paris Descartes France

POTASSIUM  
LAPROPHAN®

Sirop 125 ml

POTASSIUM  
LAPROPHAN®

Sirop 125 ml

PPV 24DH60 EXP 06/2024  
LOT 15024 2

POTASSIUM  
LAPROPHAN®

Sirop 125 ml

Casablanca, le 24-06-2023

Nom Prénom :

MR ERRIACHI Rachid

24,60 x 3  
+ KCl Sirop 125 ml x 3  
27,20 x 3  
+ Cardio Aspirine 100 mg 1cp

294,00 x 3  
+ Coveram 10 mg 1cp matin

57,70  
+ Aldactone 50 mg

34,60 x 5  
+ Lasix 40 mg

Lasix  
Pharmacie El Manar  
Dr. Najiya Bannani  
320 Bd. Oum Errabia, Oulja  
Tél: 05 22 93 28 29

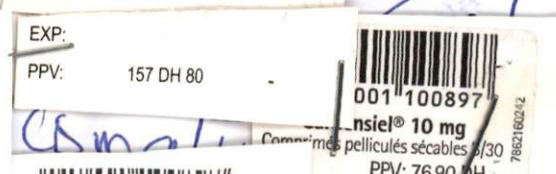
157,80 x 3  
+ Robuvac 10 mg

76,90 x 3  
+ Cardensiel

192,80 Holter ECG - Holter Tensionnel - Epreuve D

الزوبير (مطفي سلامات) مقابل بنك أفريقيا. الالفة - الدار البيضاء  
1<sup>er</sup> étage, lot N 158, Boulevard Zoubir (Mustapha Selmat), en face de

05.22.900.200 06.61.610.271 fikal



**ALDACTONE 50® mg**

P.P.V: 57DH70



6 118001 170029

ECG

Serv:

Cas:

Lit:

Date: 27/06/2022 10:24:55

bpm 122 ms 488 126 474 126 476 122 490 126 476 127 470 122 488 126 476 127 472 122 488 126 476 127 470 122 488 126 476 128 468 122 488



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR	134 ms	Prompt:
Temps d'échantillon	22 s	Intervalle QT	356 ms	
HR:	126 bpm	Intervalle QTc	515 ms	
Intervalle P	78 ms	Axe P	-110,58°	
Intervalle QRS	92 ms	Axe QRS	-46,23°	
Intervalle T	194 ms	Axe T	108,19°	

TA = 180 ms

Signature du médecin :