

# 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 |

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° W21-764889

133049

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	2055	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Paris
Nom & Prénom : <i>JL BAÏJI</i>			
Date de naissance : <i>17.3.52</i>			
Adresse : <i>CASABLANCA</i>			
Tél. :	0661167593	Total des frais engagés :	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>Dr. Nasser ESSAKALL UROLOGUE 400, Bd. Hassan II Tél. 233452 Mobile 0661167593</i>			
Date de consultation : <i>6.10.2022</i>			
Nom et prénom du malade : <i>EL BAÏJI Saida</i>			
Age : <i>70</i>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <i>Lièvre uretique</i>			
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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : *6.10.2022*

### 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
07.10.2022	Chirurgie	INP : 091068257	06.10.2022 au 07.10.2022) en fait 500,00 CHF	DR POLYCLINIQUE DENTAIRE 26 Rue de la Paix 100061953 OASIS CLINIC

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIDEL KHAIR	07.10.2022	345,50

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/>



## ORDONNANCE

Dr:

**Dr. Nasser ESSAKALLI**  
**UROLOGUE**  
 400, Bd Brahim Roudani  
 Tél: 0522.23.35.52 Maârif CASA

Date : 1/10/2022

Nom et Prénom du patient :

A  06/10/2022  
 2J060961  
 EL BAZI SAID Né(e):17/03/1952  
 Dr. ESSAKALLI NACER

116.30x2  
 1/ OROKEN 200  
 Sanofi-aventis Maroc  
 Route de Rabat -R.P.1,  
 Ain sebaâ Casablanca  
 Oroken 200 mg. cp. pel b 8  
 P.P.V.: 116,30 DH  
 6 116000 061069

Sanofi-aventis Maroc  
 Route de Rabat -R.P.1,  
 Ain sebaâ Casablanca  
 Oroken 200 mg. cp. pel b 8  
 P.P.V.: 116,30 DH  
 6 116000 061069

65,10  
 1/ DASEN  
 2 régulation urinaire et réparation d'urinaires  
 T = 345,10

Signature :

PPV:  
 EXP:  
 Lot N°:



## ORDONNANCE

Dr:

DR. CHARIE CHEFCHAOUNI SOUHAÏL  
Anesthésiste Réanimateur  
INPE: 091250670  
Al Hayat Oasis Clinic  
Tel: 05 22 999 444 - Fax: 05 22 25 46 13

Date : 06/10/2012

Nom et Prénom du patient :

M<sup>r</sup> EL BAZI  
SAY

Age :

ECC

DR. CHARIE CHEFCHAOUNI SOUHAÏL  
Anesthésiste Réanimateur  
INPE: 091250670  
Al Hayat Oasis Clinic  
Tel: 05 22 999 444 - Fax: 05 22 25 46 13



## NOTE D'HONORAIRES

NOM ET PRÉNOM DU PATIENT .....

EL BAZI SMIN

MEDECIN .....

Dr. CHARIF CHEFCHAOUNI SOUHAÏL

Anesthésiste Réanimateur

INPE: 091250670

Al Hayat Oasis Clinic

Tél: 05 22 999 444 - Fax: 05 22 25 46 13

PATENTE N° .....

MONTANT DES HONORAIRES .....

300,-

POUR .....

CPR

SUR FACTURE N° .....

2170/2022

### VISA ET CACHET DU MEDECIN

Dr. CHARIF CHEFCHAOUNI SOUHAÏL  
Anesthésiste Réanimateur  
INPE: 091250670  
Al Hayat Oasis Clinic  
Tél: 05 22 999 444 - Fax: 05 22 25 46 13

# ALHAYAT OASIS CLINIC

Clinique Multidisciplinaire  
29 Rue Rostand, Quartier Oasis-Casablanca  
TEL: 0522.999.444 / FAX : 0522.254.613 OU 254.504

## F A C T U R E

N° 2170 / 2022 du 07/10/2022

Nom patient : **EL BAZI SAID**

Entrée 06/10/2022

Prise en charge **PAYANTS**

Sortie 07/10/2022

	Nombre	Lette Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS				
ECG	1.00		200.00	200.00
			<b>Sous-Total</b>	<b>200.00</b>
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. C CHEFCHAOUNI SOU (anesth-reanimate)	1.00	CPA	300.00	300.00
			<b>Sous-Total</b>	<b>300.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

**Total 500.00**

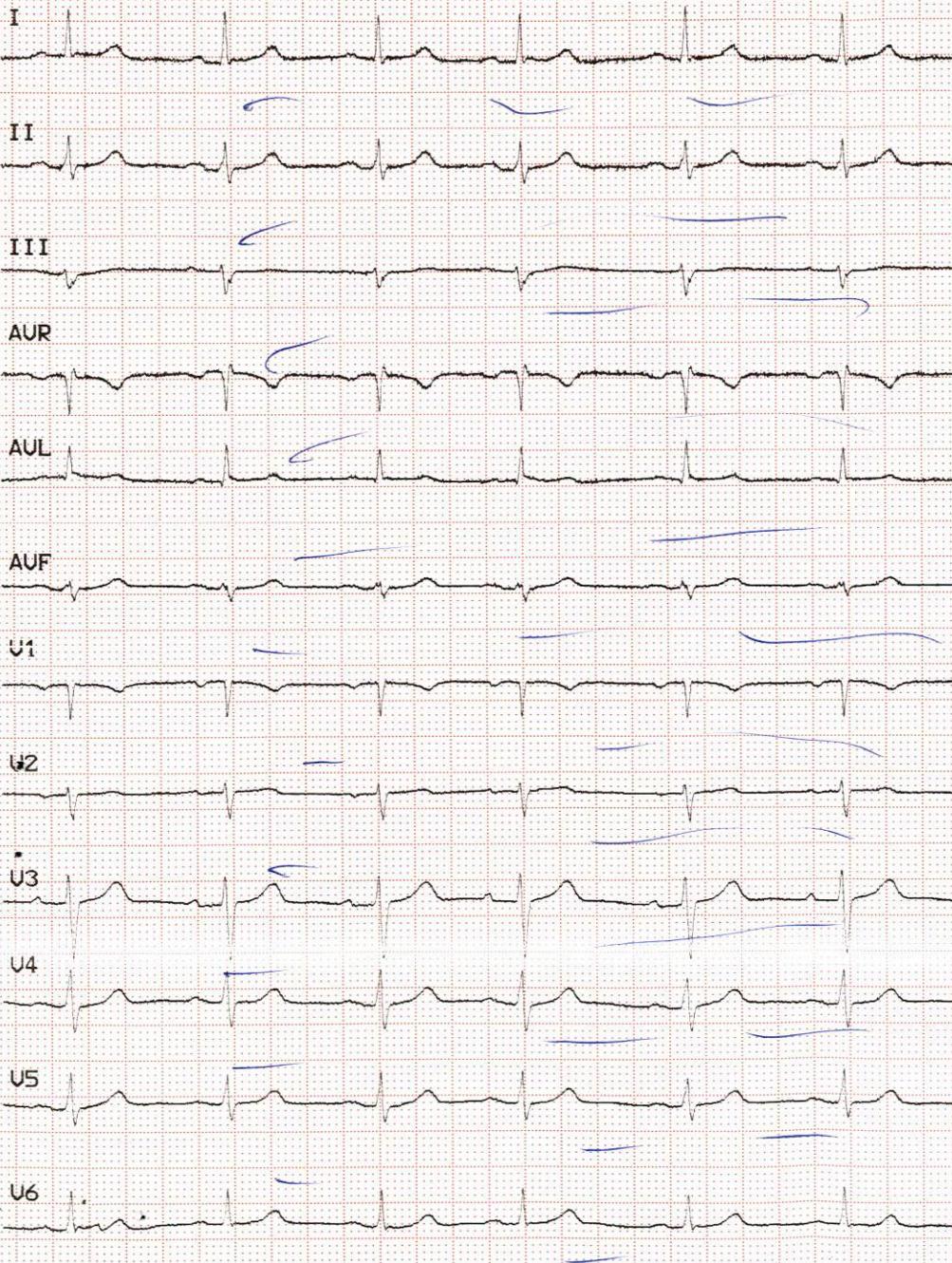
Immatriculation

N° prise en charge :



Notre compte bancaire.....

Pte N°34754061 - Compte N°013780010950019290017148 BMCI HASSAN 2  
CNSS 4323739 I.F 15223795 Tél: 0522 999 444 Fax: 0522 254 613 ICE001598208000095

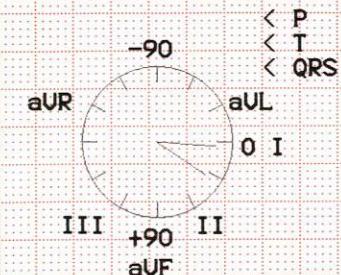


## Résultats mesures:

QRS	:	88 ms
QT/QTcB	:	378 / 405 ms
PQ	:	186 ms
P	:	118 ms
RR/PP	:	870 / 885 ms
P/QRS/T	:	35/ 5/ 35 degrés
QTD/QTcBD	:	48 / 51 ms
Sokolow	:	mU
NK	:	9

## Interprétation:

A 06/10/2022  
2J060961  
EL BAZI SAID Né(e):17/03/1952  
Dr. ESSAKALLI NACER



6/10/2022 à 9h30  
âge 70 ans

Residual of bradycardia  
see above

rapport non confirmé .