

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.

N° W21-687440

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	8729	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MADKOUR Zohra			
Date de naissance : 26.02.1967			
Adresse : VILLA 236 LOT FLORIDA 2019 CASABLANCA			
Tél. : 06.61.31.06.57 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :	17.10.62	Age :	
Nom et prénom du malade : Dr Skhier Zohra			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/10/2017

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
17/10/2011	visite	3000		INP : 03/10/2011 med BENAI ASAB - DI 155 - MARCA 05/10/2011

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 17-10-22	17-10-22	921.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	G	Coefficient des travaux <input type="text"/>
		35533411		Montants des soins <input type="text"/>
		11433553		Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			



Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le :

CASA , Le 17/10/2022

M. ZAKARIA MADKOUR

(184. 2 24)

1) TRIPLIXAM 10/2.5/10 MG

le matin, au cours du repas, pendant 4 mois

S.V

2) CRESTOR Comprime Pellicule à 10 mg Bte 28 Comprime

Prendre 1 comprimé le soir, au cours du repas, pendant 4 mois Lundi et jeudi

S.V

PHARMACIE FLORIDA
Dr. ZIAD Mounia
Lotissement Florida, Lot. 281
Sidi Maârouf - Casa
Tél-Fax: 0522 321959

Maphar
Bd Alkmia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg SP pelli b30
P.P.V : 185,70 DH
6 118001 183111

6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 184,00 Dh
Servier Maroc - Casablanca

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
Liste ! UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 184,00 Dh
Servier Maroc - Casablanca

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
Liste ! UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 184,00 Dh
Servier Maroc - Casablanca

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
Liste ! UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
Liste ! UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

98 Angle Rue Kadi lass et Rue Abou Salt Andaloussi (Prés de la commune urbaine du Maârif)

Casablanca - Tél. : 0522253600 - Fax : 0522253601 - Mobile : 0661321866

Patente : 35760852 - Mail : ahmedbennis7@gmail.com

MADKOUR ZAKARIA

Né(e) le _____
Age _____
Sexe _____
Taille cm _____
Poids kg _____
Origine _____
PA _____
Remarque _____

FC 71 /min

Intervalles

RR 840 ms

P 128 ms

PR 216 ms

QRS 98 ms

QT 416 ms

QTc 457 ms

(Bazett)

Axes

P 21 °

QRS -8 °

T 33 °

P (II) 0.06 mV

S (V1) -0.82 mV

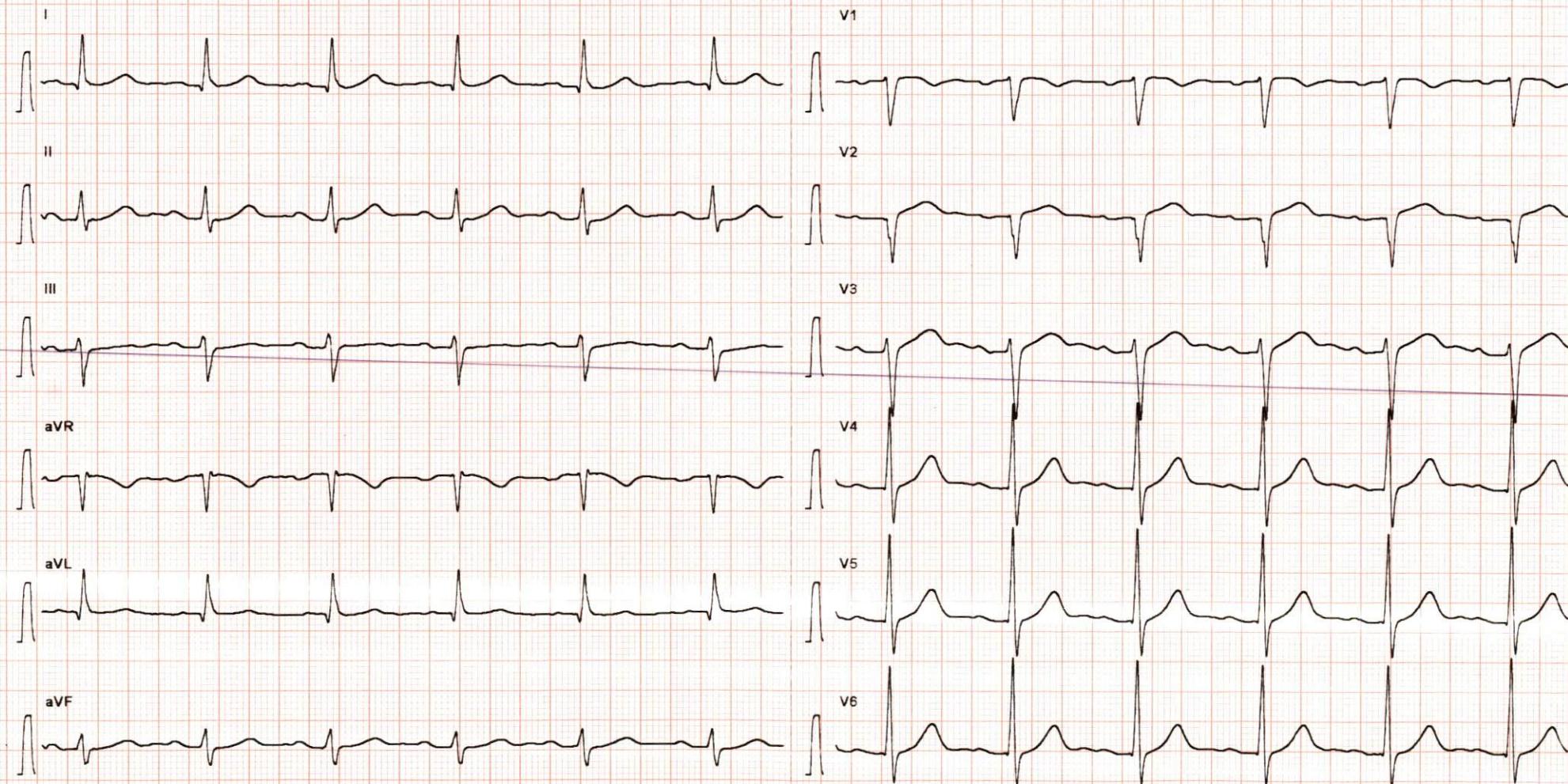
R (V5) 1.98 mV

Sokol. 2.79 mV

Interprétation: RYTHME SINUSAL, POSITION GAUCHE, QRS(T) MODIFIÉ.
INFARCTUS SEPT., PROBABLEMENT ANCIEN

RI6.02

Rapport non confirmé



10 mm/mV 25 mm/s

10 mm/mV 25 mm/s