

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

13633 12/08/11

Déclaration de Maladie : N° P19- 0020867

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3025 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOURARAH LAÏLA Date de naissance : 01. 01. 59

Adresse : Tifan sidi Brahim

Tél. : 05.61.42.38.45 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17.10.2012

Nom et prénom du malade : Dr. LARABI Laïla Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dysthyroïdie

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 17.10.2012 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : Laïla

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0020867

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRÉS

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <i>M. L'Air S'En Va</i> <i>Le 12.10.92</i> <i>Montant de la Facture</i> <i>40,60</i>	<i>12.10.92</i>	<i>40,60</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VIOLET ADHERENT

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

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.

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

6 118001 102013
LEVOTHYROXINE 50mcg,
Comprimés Sécables B/30
PPV: 13,40 DH

PPV: 6.80%
Comprimes sécables/B30
Levothyrox® 25 mcg,
6 118001 10200

Levothyrox 25 µg,
Goniprimés sacabés B/30
PPV: 6/80 DH

DARMSTADT
Bürgerservice

102013

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Rachida BELYAZID

Diplômée de la Faculté de PARIS
Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie
Nutrition - Obésité - Stérilité - Cholesterol
Troubles sexuels Hormonaux

05 35 64 37 42

الدكتورة شيدة باليزيد

خريجة كلية الطب بباريس
اختصاصية في أمراض
الغدد. السكر

العقم. التغدية والبدانة(السمنة)

05 35 64 37 42

Fès, le 17-10-2022 فاس، في

One LARABI Laâla
levotriptan 25 mg x 25
levotriptan 25 mg x 25



Dr. Rachida BELYAZID

Diplômée de la Faculté de PARIS
Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie
Nutrition - Obésité - Stérilité - Cholesterol
Troubles sexuels Hormonaux

① 05 35 64 37 42

الدكتورة رشيدة باليزيد

خريجة كلية الطب بباريس

اختصاصية في أمراض

الغدد. السكر

العقم. التغدية والبدانة(السمنة)

05 35 64 37 42 ①

Fès, le 17-10-2022 فاس، في

Nne LARABI

Laila

E.C.G.



Dr. Rachida BELYAZID

Diplômée de la Faculté de PARIS
Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie
Nutrition - Obésité - Stérilité - Cholesterol
Troubles sexuels Hormonaux

① 05 35 64 37 42

الدكتورة رشيدة باليزيد

خريجة كلية الطب بباريس
اختصاصية في أمراض
الغدد. السكر
العقم. التغذية والبدانة(السمنة)

① 05 35 64 37 42 ①

Fès, le فاس، في

Nadame LADDA BI Lai la

TSA



Dr CHAKIB ALAOUI BELGHITI

ECG

Nom : Mme LARABI LICKA

SN : 0015493

Case No.:

Age :

Lit No.

Clinique N :

Date :

Section :

17/10/2022 14:21:27

12-lead ECG tracing showing sinus rhythm. The tracing includes leads I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1, V2, V3, V4, V5, and V6. The tracing is recorded at 25mm/s and 10mm/mV. The rate is 64 bpm and the PR interval is 942 ms.

leads: I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1, V2, V3, V4, V5, V6

rate: 64 bpm

PR interval: 942 ms

25mm/s 10mm/mV

Prompt:

Total Beats 18 ,Normal Beats 18,SVE 0 ,VE 0 .

in gear Sinus mode Target rate;Longitudinal Left axis deviation;IIIAbnormal T wave;

Fréquence: 1000Hz PR Interval: 124 ms

Temps d'écha 18s QT Interval: 421 ms

HR: 64bpm QTc Interval: 434 ms

P Interval: 100ms P Axis: 43.80©b

QRS Interval: 90 ms QRS Axis: 29.40°Cb

T Interval: 243 ms T Axis: 50.70©b

Signature Medecin :