

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

Maladie,

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule: 6052 Société:

Actif  Pensionné(e)  Autre:

Nom & Prénom: Mme EL BESSALI RAKIA

Date de naissance: 20/10/1955

Adresse: Rue Abden Dwaït Les Brâhîs El Jarrâh 11

Case: 10000

Télé: 06 62 41 98 68 Total des frais engagés: 250 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:

DR. ZAIYED SHAM  
Spécialiste des Maladies du Coeur  
et des Vaisseaux  
Tél. 05 22 25 55 55  
Ed Ghendi 27 Għand i Mail - Għas-Saqqa

Date de consultation: 12/10/2022

Nom et prénom du malade: Mme EL BESSALI RAKIA Age:

Lien de parenté:  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie: Palpitations

Affection longue durée ou chronique:  ALD  ALC Pathologie:

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): Rakia El Bessali Le: 08/11/2022



### 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
12/10/2010	SERVICE CONSULTATION	SC	250,00	ML

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
00000000	00000000	
D	00000000	00000000
35533411	11433553	
B		
G		

**[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**

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI  
 Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA  
 Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91  
 INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	2483	N° SEJOUR :	220033377	FACTURE N° 2202010584				DATE D'ENTREE :	12/10/2022	DATE DE SORTIE :	12/10/2022
ASSURE :		MALADE :	EL BESSALI RAKIA					UF:	6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI	DESTINATAIRE :	EL BESSALI RAKIA
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S :							
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :			N° SE. SOC. ETRANG. :							

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES COTES EN C CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG	CsC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00

Intervenant :	20100105 DR ZAIMI SIHAM CARDIOLOGIE	TOTAUX :	250.00							250.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	DEUX CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :							ACOMPTE :	
		REMISE :	0.00	REGLE :	250.00				AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE :	12/10/2022	EDITEE LE :	12/10/2022	PAR:	SIBAI	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA						N° DE POLICE :			DATE AT :	
						Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI			
						BANQUE :	B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA			
						N° compte bancaire :	011 780 00 00 43 210 00 60050 54			



ID: 1343

Information Analyse:

Femme  
Année  
cm

mmHg

kg

Rythme de sinus

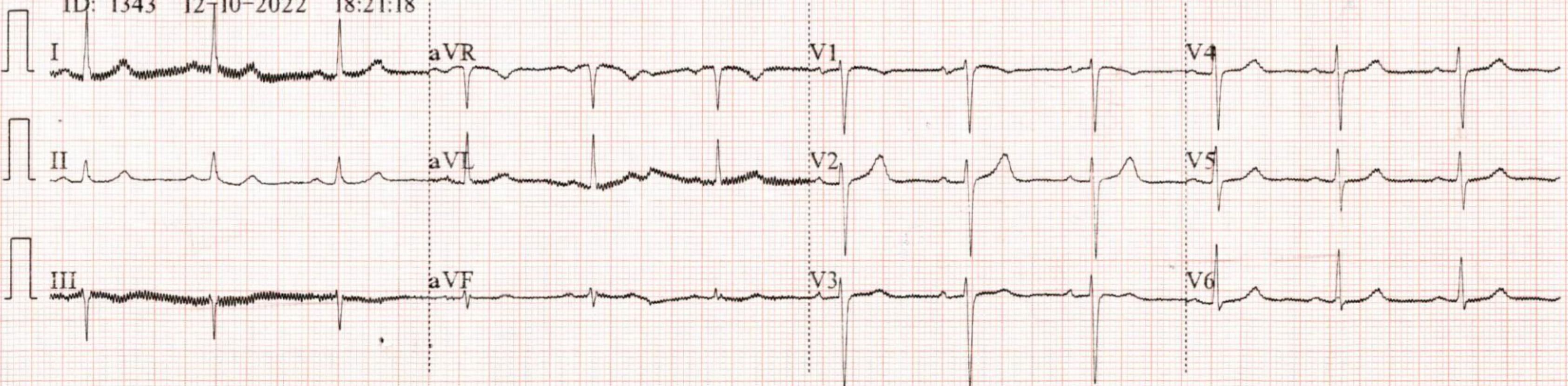
Progression pauvre de R(V3,V4)

EL BESSALI RAKIA

TA 107/76

FC : 72 bpm  
P : 108 ms  
PR : 167 ms  
QRS : 79 ms  
QT/QTc : 362/398 ms  
P/QRST : 23/6/16 °  
RV5/SV1 : 0.528/1.027 mV Rapport confirmé par:

ID: 1343 12-10-2022 18:21:18



0.67-45Hz AC50 25mm/s 10mm/mV ♥76 SE-300 V1.0 SEMIP V1.7