

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0033228

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7700

Société : R4m

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Saouf Abdelkhalik

Date de naissance : 16-08-1954

Adresse : 10 Kora Rue 22 N° 43 Casablanca

Tél. : 0668380583

Total des frais engagés : 650

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Said RIZK
Diplômé d'Université en Diabétologie
Omnipraticien-Echographie-Electrocardiogramme
Médecin Expert Assermenté au près des Tribunaux
Tél.: 05 22 28 11 58 / Rsm: 06 61 18 45 47

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/11/2022

Nom et prénom du malade : Saouf Abdelkhalik

Age : 1954

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Diabète Hémorragie

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 : Casablanca

Le : 24 / 11 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


RELEVÉ 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
22/11/2022	Colage	200	3000	Docteur Saïd RIZK Diplômé d'Université en Diabétologie Médecin-Praticien-Echographie-Electrocardiogramme Médecin Expert Assermenté au près des Tribunaux Tél: 05 22 28 11 96 / Gsm: 06 61 16 45 47
22/11/2022	stérilisation	1	700	
20/11/2022	TECB			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22.11.22	B250	275,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

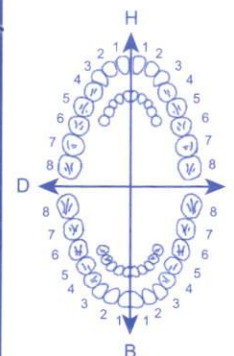
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

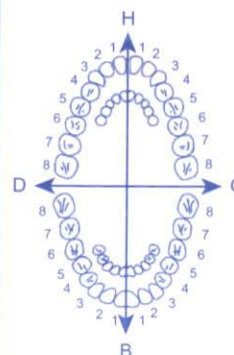
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE



Car Le : 22/11/2022

Saoud Abdelkhalik

Proposer en urgence

Docteur Said RIZK
Diplômé d'Université en Diabétologie
Manipulateur-Echographie-Electrocardiogramme
Médecin Expert Assermenté au près des Tribunaux
05 22 28 11 96 / Gsm: 06 61 18 88 27





Birth: 16/08/1954

MR SAOUD ABDELKHALEK

Dossier N° : 11224S30A1

Prescripteur Dr.SAID RIZK

Date de prélèvement : 22/11/2022 12:18:36

Compte rendu d'analyses

VN

Antériorités

MARQUEURS CARDIAQUE

TROPONINE HS Cardiaque..... 142.5 ng/L
(Enzyme Linked Fluorescent Assay- Vidas)

Valeurs de référence en ng/L

Femme : < 29
Homme : < 50



NOTE D'HONORAIRES

FACTURE A	MR SAOUD ABDELKHALEK
DATE	22/11/2022
FACTURE N°	302 471

Nomenclature	Cotation
TROPONINE HS.....	B 250
Total B :	250
Total Dossier (dhs) : 275,00	

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux Cent Soixante-Quinze Dirhams.



22-Nov-2022 11:52:13

Miss:

MS.

Saoud
Abdelkhelek

1954

Fréq.Card: 63 BPM
Int PR: 152 ms
Dur.QRS: 94 ms
QT/QTc: 452/459 ms
Axes P-R-T: 59 -9 123

Docteur Saïd RIZK
Médecin d'Université en Diabétologie
Médecin-Echographie-Electrocardiogramme
Médecin Expert Assermenté au près des Tribunaux
Tél: 05 22 28 11 96 / Gsm: 06 61 16 45 47

RYTHME SINUSAL

POSSIBLE HYPERTROPHIE AURICULAIRE GAUCHE [P EN V1 V2 = -0,1 mV]

rSR' OU ASPECT QR EN V1/V2 COMPATIBLE AVEC RETARD DE LA CONDUCTION VENTRICULAIRE DROITE

TROUBLE DE LA REPOLARISATION TEMOIN D'UNE ISCHEMIE APICOLATERALE [T NEGATIVE DE 0,5+ mV
DE D1/AVL/V3/V4/V5/V6]

TROUBLE DE LA REPOLARISATION SUSPECT D'UNE ISCHEMIE INFÉRIEURE [T NEGATIVE DE 0,1+ mV
D2/D3/AVF]

ECG ANORMAL

Non confirmé

