

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-770310



Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) *484*

Matricule : *484* Société :

Actif  Pensionnée  Autre :

Nom & Prénom : *BENDAHMAUE LABHA*

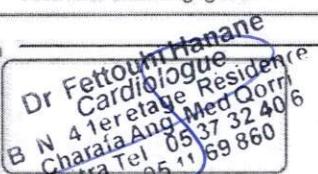
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *08/12/2022*

Nom et prénom du malade : *Bendahmaue Rabha* Age : *1848*

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *HTA*

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 : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : *Bendahmaue Rabha*

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
08/12/22	02+ELG		300 X 1	INP : Dr Fettouhi Hamed B N° 4 1er étage-Residence Charafa Ang. Med. Ouarti Konitra Tel 05 37 32 40 6 TIP 05 11 69 860

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/12/82	413,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

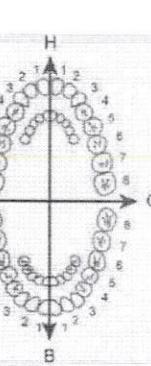
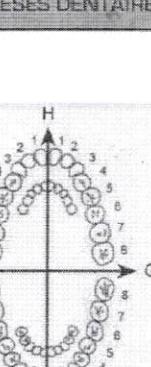
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												

# د.فتاوي حنان

Dr. Fettouhi Hanane

Cabinet de Cardiologie et D'explorations

Cardio-Vasculaires

**Cardiologue**

Diplômée de La Faculté de Médecine

et De Pharmacie de Rabat

Ancienne Interne Du CHU De Rabat

Echodoppler Cardiaque

Echodoppler Vasculaire

Holter Rythmique

Holter Tensionnel



عيادة أمراض القلب والأوعية الدموية

أخصائية أمراض القلب والأوعية الدموية

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

طبيبة داخلية بالمستشفى الجامعي بالرباط سابقا

فحص القلب بالمواضيع فوق الصوتية

تصوير الأوعية بالأمواج مأهول الصوتية

تخطيط القلب المستمر (الهولتر)

مراقبة الضغط المستمرة

Kénitra le

08/12/2022

القنيطرة في

DR. FETTOUHI HANANE  
PHARMACIE MIMOSA  
30, AV. MIMOSA, 10000 KENITRA  
Tel.: 05 37 37 84 59 - KENITRA

68,90 x 6

Fludex LP

1413

6 mls

413,40

Dr. Fettouhi Hanane  
Cardiologue  
B N 4 1er étage Résidence  
Charafa Ang Med Qorri  
Kenitra Tel 05 37 32 40 6  
INP 05 11 69 860

مكتب رقم 4 الملايف الأول إقامة شرفه زاوية محمد القوري وشارع مولاي عبد العزيز ( أمام مصحة ميموزة ) الفنيدية الهاتف: 05 37 36 84 59 - الفاكس:

Bureau N°4,Premier étage Résidence Charafa, angle Med Qorri et Avenue My Abdelaziz ( en face Clinique Mimosa) Kénitra

68,90

68,90

68,90

68,90

68,90

68,90

# Dr FETTOUHI Hanane

Nom : bendahman rabha Sex :

SN : 0019409

Case No. :

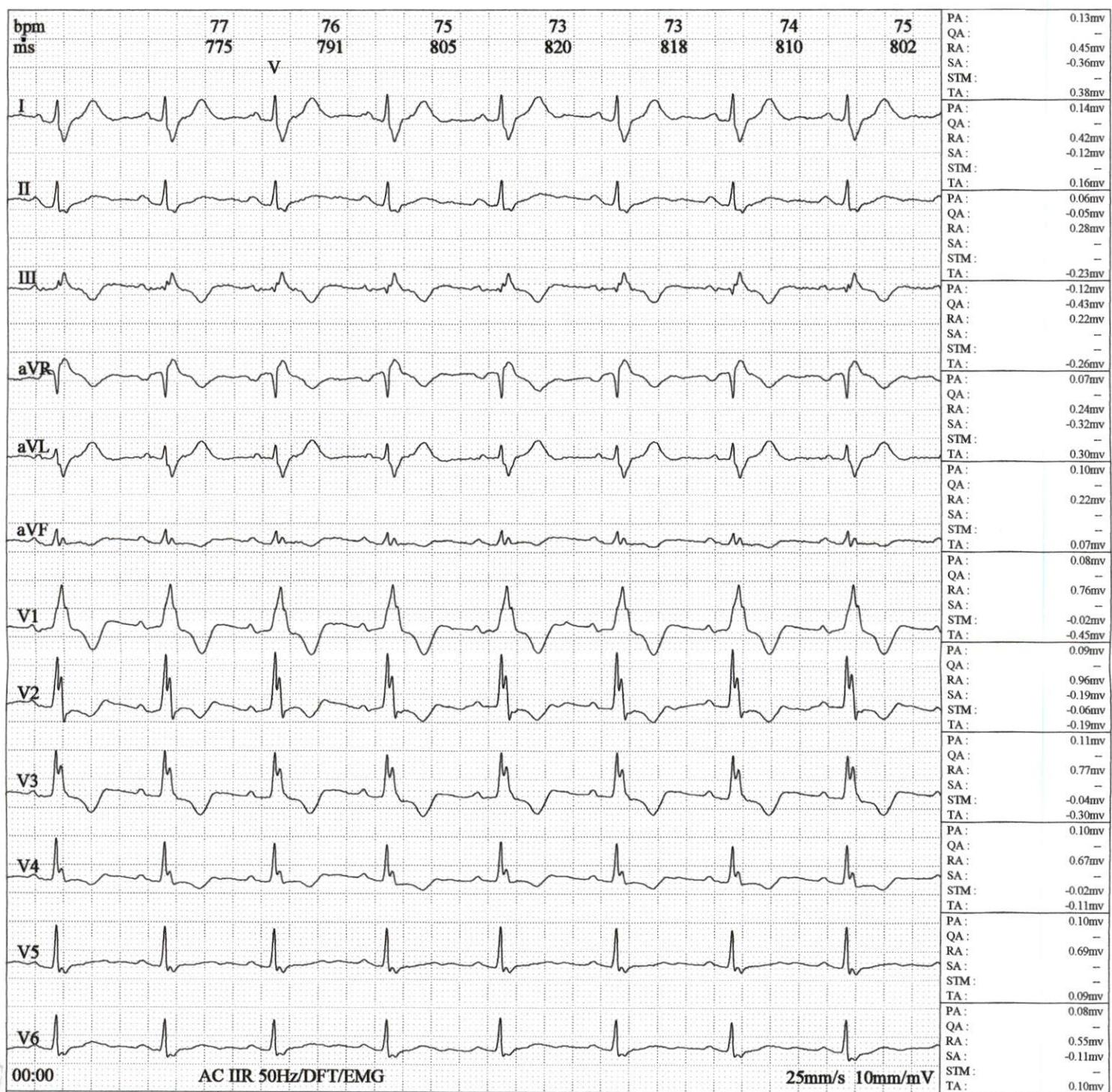
Age :

Lit No. :

Clinique N :

Section :

Date : 08/12/2022 14:29:55



Prompt:

Frequency:	1000Hz	PR Interval:	158 ms
Sample Time:	37s	QT Interval:	422 ms
HR:	76bpm	QTc Interval:	475 ms
P Interval:	92ms	P Axis:	40.70°Cb
QRS Interval:	138 ms	QRS Axis:	137.30°Cb
T Interval:	255 ms	T Axis:	4.60°Cb

Dr. Fettouhi Hanane  
B. N. 4 1er etage  
Charafa Ang. Med Qorri  
Kenitra Tel 05 33 32 40 6  
I.V.P 05 11 69 860

Signature Medecin :