

# 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.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>			
Matricule : <b>671</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>KAIS Abderrahman</b>			
Date de naissance : <b>01/01/1949</b>			
Adresse : <b>N° H67, Lotissement Wafa, Deroua</b>			
Tél. : <b>0667 15 3218</b>	Total des frais engagés : <b>1013,60</b> Dhs		

<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin :			
<i>DRAYoubi Hassan CARDIOLOGISTE 80 RUE IBN ROCHD Berrechid 1 heure 30 min</i>			
Date de consultation : <b>24/11/2022</b>			
Nom et prénom du malade : <b>KAIS Abderrahman Ager</b>			
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 :	Le :		
Signature de l'adhérent(e) :			
<i>KAIS Abderrahman</i>			
ACCUEIL			
MARS 2023			
MUPRAS			

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Meilleur attestant le Paiement des Actes
24/11/2022 CDA	ECC	300000	INP : INP 00170000	INP : INP 00170000
				INP : INP 00170000
				INP : INP 00170000
				INP : INP 00170000

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL 244 lotissement el X : 09.22 53.20.54	26/11/22	713,60

## **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.

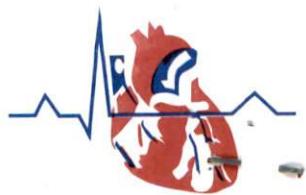
### **Important :**

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"/>
				<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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	B 			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



الدكتور حسن الأيوبي

Docteur AYOUBI HASSAN

أخصائي في أمراض القلب والشرايين وارتفاع الضغط

والدورة الدموية - الفحص بالصدى والهولتير

Spécialiste des Maladies Cardio - Vasculaires

Echodoppler Cardio - Vasculaire - Holter

le 24/11/2009 Kau fix  
PHARMACIE EL OUMOUA  
244 latissement el wafaa  
Fix : 05.22.33.20.54

every R day S

1 23 13 65  
Kandeg 3 165  
PHARMACIE EL OUMOUA  
244 latissement el wafaa  
Fix : 05.22.33.20.54

every R day S

DR AYOUBI HASSAN  
CARDIOLOGUE  
80 Rue IBN ROCHD  
Berrechid

Sur Rendez-vous

HORAIRE : 8h00 - 14h00 sur 30 min  
VENDREDI : 8h00 - 12h00 15 22 33 84

05 22 32 65 84 - الهاتف - برشيد - زنقة ابن رشد 80  
80, Rue Ibn Rochd - Berrechid - Tél : 05 22 32 65 84

المستعجلات : 06 72 12 00 82

PER.05  
2023

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
6 118001 081189

LOT : 21E013  
PER.05 2024

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6

118001 081189

LOT : 22E009  
PER.05 2024

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6

118001 081189

92.00

92.00

92.00

L.U.T 220979  
EXP 04 2025  
PPV 62.50

PPC : 134 DH 00

PPC : 134DH00



# ECG

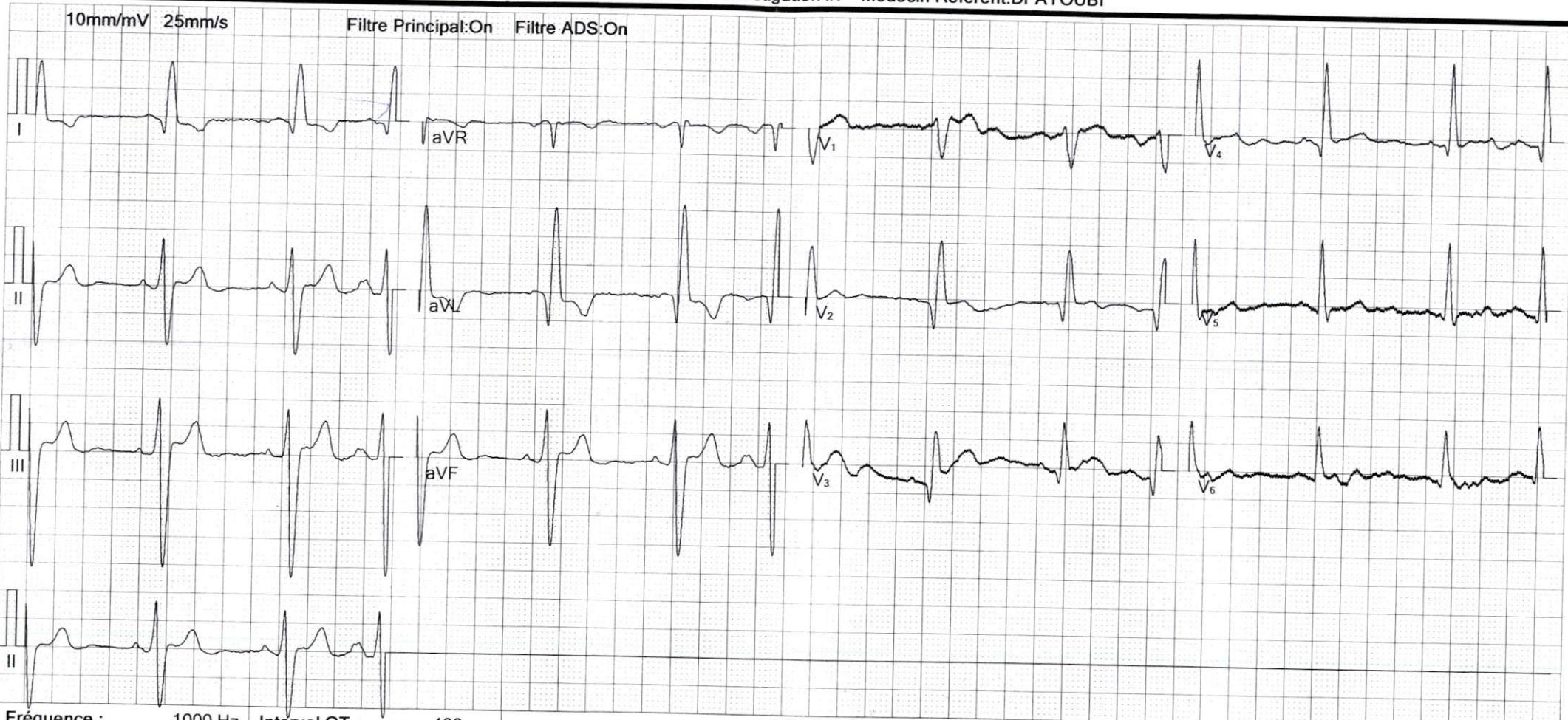
NOM:KAIS ABDERRAHMAN

ID :2007/15      Genre :Homme      Age :66      DDN :01-01-1949  
Case #:      Investigation #:      Médecin Référent:Dr AYOUBI

Dr AYOUBI Hassan

80.rue ibn rochd berchid - Tél :0522326584

Date Test :24-11-2022 12:34



Fréquence :	1000 Hz	Interval.QT :	498 ms
Durée ECG :	3 s	Interval.QTc :	541 ms
FC :	71 bpm	Axe P :	47.4°
Durée P :	135 ms	Axe QRS :	-46.0°
Durée QRS :	143 ms	Axe T :	104.6°
Durée T :	325 ms	RV5/SV1:	1.26/0.59mV
Interval.PQ :	171 ms	RV5+SV1:	1.85mV

Suggestion :

DR AYOUBI HASSAN  
Cardiologue  
80 Rue Ibn Rochd Berchid  
HT : 7 heure 30 min  
Tél : 0522326584  
Signature Médecin: