

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **9450**

Matricule : **9450** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**BENCHERIKH WAHIB**

Date de naissance :

**26-08-1955**

Adresse :

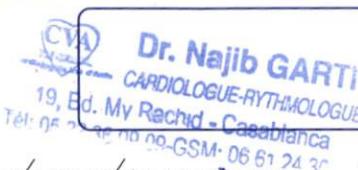
**Dokken Toubek Kala. Rue sarale**

Tél. **066.1.18.1127**

Total des frais engagés : **300** Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

**10 JUIL. 2023**

Nom et prénom du malade :

**BENCHERIKH WAHIB**

Age : **68 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Arthrose**

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 : **10/07/2023** Le : **10/07/2023**

Signature de l'adhérent(e) :



9

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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             |                         |
|------------------------------|--|------------------|-------------------------|-------------------------|
|                              |  |                  |                         | Coefficient des travaux |
|                              |  |                  |                         | Montants des soins      |
|                              |  |                  |                         | Début d'exécution       |
|                              |  |                  |                         | Fin d'exécution         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |                         |                         |
|                              | $  \begin{array}{c c}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  \hline  D & 00000000 \quad 00000000 \\  & \hline  & 00000000 \quad 00000000 \\  B & 35533411 \quad 11433553  \end{array}  $ |                  | Coefficient des travaux |                         |
|                              | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  | Montants des soins      |                         |
|                              |  |                  | Date du devis           |                         |
|                              |  |                  | Date de l'exécution     |                         |

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**URGENCES**  
**24/24**

05 22 36 09 09

Casablanca, le 28/6/2023

**Dr Najib GARTI**  
Cardiologue - Rythmologue

Pace Maker

Défibrillateurs

Cryoablation de la Fibrillation  
auriculaire

Traitements des troubles du rythme  
par Radiofréquence

Echocardiographie Doppler Couleur

Epreuve d'effort

Holter tensionnel et rythmique

Diplômé de la faculté de médecine  
de Limoges (France)

Sur Rendez - Vous

Gsm : 0661 24 30 06

*Mr (Mme) \_\_\_\_\_*

*N: BENCHERIF WATHIB*

*Algorythm : 1/2 48 m besin*

*د. نجيب گارتی*  
CARDIOLOGUE - RYTHMOLOGUE  
19, Bd Franklin Roosevelt (Ex. Bd. Mly Rachid) - Casa  
Tél. 05 22 36 09 09 - Gsm 0661 243 006

19, Bd. Franklin Roosevelt, Anfa (Rez de chaussée Clinique Val D'anfa) - Casa  
Patente N° 35615328 - IF 40713811 - INPE 091066621 - ICE 001584040000063

Tél : 05 22 36 09 09 - Tél / Fax : 05 22 36 08 88

E-mail : garti.naj@hotmail.fr - Site : www.cvarythmologie.com

ID:26072023

Nom :BENCHEIKH WAHIB

Sexe:M

Date de naissance:

ans

28-Jun-2023 PM2:31:41

Médicament :

cm

kg

/

mmHg

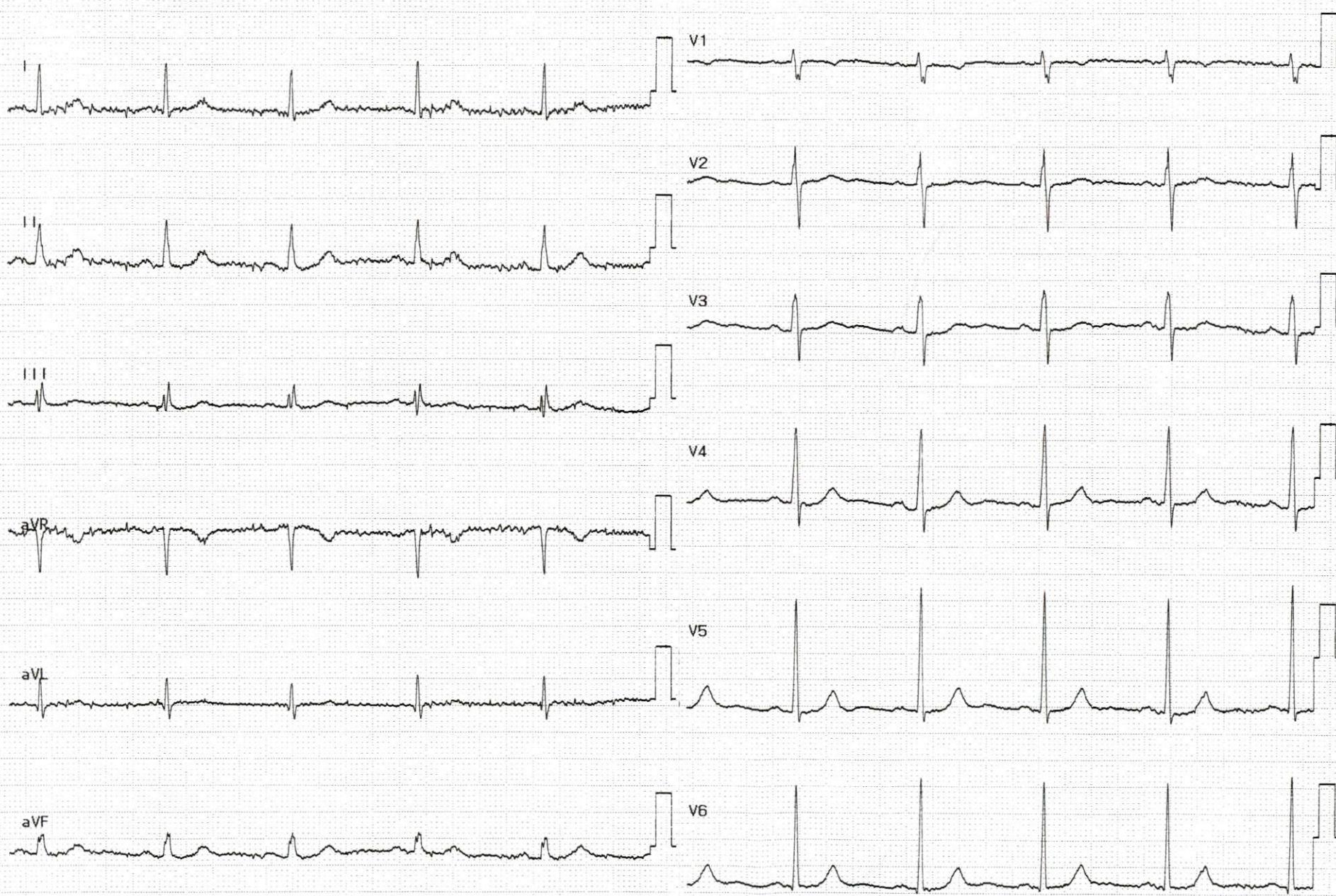
64 bpm

Symptômes :

10 mm/mV 25 mm/s Filtre : H50 d 100 Hz

Antécédents :

10 mm/mV



2350K 03-04 04-05

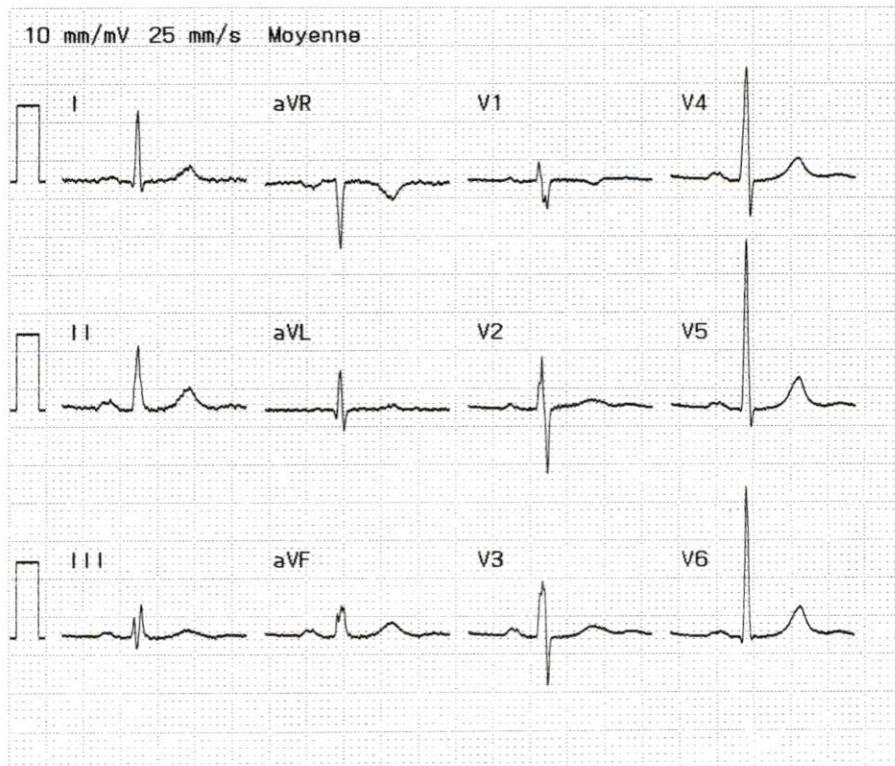
Service :

Examen :Clinique Cardiologique VAL D ANFA

ID:28072023

Nom :BENCHERIF KH WAHIB

|                 |                    |        |
|-----------------|--------------------|--------|
| Sexe:M          | Date de naissance: | ans    |
| cm              | kg                 | / mmHg |
| fréq. ventr.    | 63                 | bpm    |
| Int. PR         | 178                | ms     |
| Durée QRS       | 84                 | ms     |
| Int. QT/QTc (E) | 410/ 418           | ms     |
| Axe P/QRS/T     | 61/ 31/ 47         | °      |
| Amp I RV5/SV1   | 2.23/ 0.36         | mV     |
| Amp I RV5+SV1   | 2.59               | mV     |



Rapport non confirmé

Revu par :

Examen :Clinique Cardiologique VAL D ANFA