

# 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)

Matricule :	03631	Société :	- N 68146
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		EL JADID ABDEL AZIZ	
Date de naissance :		30 - 06 - 1960	
Adresse :		/	
Tél. :		/	
Total des frais engagés : 300 Dhs + 1524,60 Dhs			

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	 <b>Dr. EL JADID ABDEL AZIZ</b> CARDIOLOGUE Boulevard Abou Bakr El Kadiri Rés. Naim 10m. 5, 3ème Etage Appt. 9 Sidi Maârouf Casablanca - GSM: +212 682 38 61 68 E-mail: dr.eljadidabdellaziz@gmail.com		
Date de consultation :	30/07/2013	Age :	
Nom et prénom du malade :	El Jadid Abdellaziz	Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Soi-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Cardiologue		
Affection longue durée ou chronique :	<input checked="" type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : C.M.S.A

Le : 06/07/2013

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
30/07/23	CST ETG		300 DH	<i>DR. MARYAMA EL FARINI - TÉL: 0522 65 20 70 - INPE: 092067248 - RADI SONIA T2-223 N2 LISSEA T1</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. Maryama El FARINI - TÉL: 0522 65 20 70 - INPE: 092067248 - RADI SONIA T2-223 N2 LISSEA T1</i>	3-7-23	1524,60

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

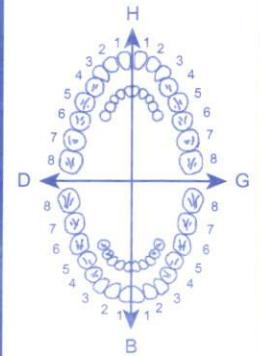
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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.

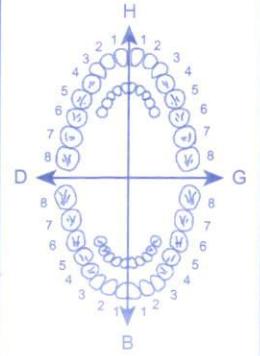
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

**[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

# Dr. Lalla Jihane EL JAOUHARI

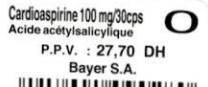
- Spécialiste en Cardiologie
- Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat
- Diplômée en Echocardiographie de la Faculté Victor Segalen, Bordeaux II - France
- Ex. Médecin au CHU Ibn Sina - Rabat
- Ex. Médecin à l'Hôpital militaire d'instruction Med V - Rabat



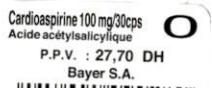
الدكتورة للا جهان الجوهرى

- اختصاصية في أمراض القلب
- خريجة كلية الطب بالرباط
- خريجة كلية الطب فيكتور سينكلابن بوردو فرنسا
- في تشخيص أمراض القلب بالصدى
- طبيبة سابقاً بالمركز الاستشفائي ابن سينا بالرباط
- طبيبة سابقاً بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط

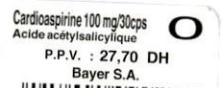
Le 3107/2013



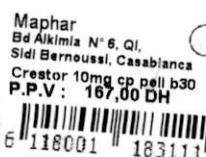
6 118001 090280



6 118001 090280



6 118001 090280



27,70  
x3

167,00  
x3

207,00  
x4

112,50

1524,60

112,50

MR El Fadi Abdelaziz

Cardioaspirine 100mg: ICP midi

Crestor 10mg:

ICP le soir

Triclatec 10mg: ICP main

Vastarel 80mg:

Acpli PHARMA OUATI

Dr. Maryama EL FARNINI  
Tél: 0522 65 20 70  
INPE: 092067248



DR. JIHANE EL JAOUHARI  
CARDIOLOGUE  
Boulevard Abou Bakr El Kadiri Rés. Naim  
Imm. 5 3<sup>eme</sup> Etage App. 9 Sidi Maârouf  
Casablanca GSM: +212 6 62 38 61 68  
Email: dr.eljaouhari.jihane@gmail.com

Le 3 mois

**Casablanca le** 03/07/2023

**Facture n°** /2023

Arrêté la présente facture au nom de MR/Mme : **El Jadid**

Pour prestation au cabinet comprenant :

**Abdelaziz**

- **Cs + ECG**

À la somme de **300 dh** dirhams

Je vous remercie de votre confiance

Bien cordialement

Dr. Jihane EL JADID CHARI  
CARDIOLOGISTE  
Boulevard Abdellatif Ben Haddou Rés. Naim  
Anfa 5, 2ème étage Appart. 9 Sidi Maârouf  
Casablanca - GSM: +212 662 38 61 68  
Email: dr.eljoudhari.jihane@gmail.com

El jadid, Abdelaziz  
ID:  
D-naiss:  
ans,

3-Jul-2023 14:52:13

Fréq. Card.: 60 BPM  
Int PR: 174 ms  
Dur.ORS: 78 ms  
QT/QTc: 386/388 ms  
Axes P-R-T: 60 1-23

TA ° 122 / 69 - kg

Dr. Jihane EL JAGUHARI  
CARDIOLOGUE  
Res. Naim  
Boulevard Abou Bakr El Kadihi Rés. Naim  
Tunis 5, 2<sup>e</sup>me Etage Appt.9 Sidi Maârouf  
Institut de Cardiologie - GSM: +212 662 39 61 68  
E-mail: dr.jihane.eljaguhari.jihane@outlook.com

