

# 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 : **05355**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **RACHID AZZEDINE**

Date de naissance : **03/04/1957**

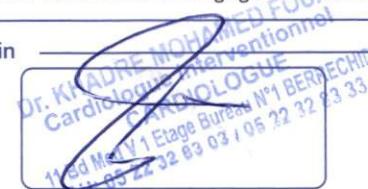
Adresse : **HABITUELLE**

Tél. : **0667911155**

Total des frais engagés : **1723.90** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **20/06/2023**

Nom et prénom du malade : **RACHID AZZEDINE**

Age : **66 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Coronar**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

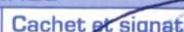
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : **Berrechid** **Le : 20/06/2023**  
Signature de l'adhérent(e) : **Alfayelt**

#### **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
20/03/2013	Stéan	100 %		 Dr. NHAIRE M. Cardiologue Interne 1180 Med V. Bureau N°1 BEAUCHEMIN Tel: 05 22 32 83 33

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Dr. IMANE ZINEB  Ste Pharmacie le Grand Boulevard  345 Lot N° 1000 - Berrechid  Tél: 05 22 03 59 59  INPE: 062105036</p>	20-06-83	1473,90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

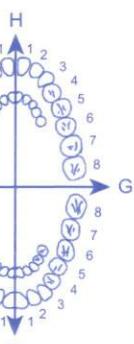
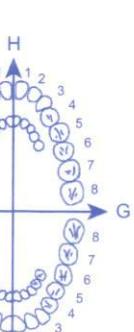
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD**

Cardiologue Interventionnel

**Cardiologue**

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheid Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



**د. خضر محمد فؤاد**

فخر القلب التدخين

أخصائي أمراض القلب والشرايين

خارج كلية الطب بالطرابلسي

طبيب سامي مستشفى الشيخ خليفة بالطرابلسي

طبيب سامي مستشفى لوتشيد بمالطا

حاصل على شهادة فحص بالصداق من جامعة بورجوبيرس

## Ordonnance

Mme. 05355

**Mr. RACHID Azzedine**

### REGIME PAUVRE EN SEL

97,70 x 2

### TRIATEC 2.5 MG

1/2 Cp/J matin

316,00 x 3

### PLAVIX 75 MG

1 Cp/J matin

27,70 x 3

### CARDIOASPIRINE 100MG

1 Cp/J à Midi

37,00 x 2

### BISOPRAL 2.5MG

1/2 Cp/J à midi

57,80 x 3

### LD-NOR 10MG

1Cp/J le soir

Traitement pendant : 3 Mois

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

Plavix 75 mg, cp pel b 28  
P.P.V : 316,00 DH

6 118001 081257

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

Plavix 75 mg, cp pel b 28  
P.P.V : 316,00 DH

6 118001 081257

LOT : 230054  
EXP : 01/2026  
PPV : 57,80DH

LOT : 230052  
EXP : 01/2026  
PPV : 57,80DH

11, Boulevard Mohamed V Bureau N°1, 1<sup>er</sup> étage - Ber  
tel: 0522 32 83 03 / 0522 32 83 33 - En cas d'urgence : 06

**د. خضر محمد فؤاد**

فخر القلب التدخين

أخصائي أمراض القلب والشرايين

خارج كلية الطب بالطرابلسي

طبيب سامي مستشفى الشيخ خليفة بالطرابلسي

طبيب سامي مستشفى لوتشيد بمالطا

حاصل على شهادة فحص بالصداق من جامعة بورجوبيرس

Berrechid, le :

Berrechid le : 20 juin 2023

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

Plavix 75 mg, cp pel b 28

P.P.V. : 316,00 DH

6 118001 081257

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

37,00

37,00

Dr. IMANE ZINEB  
Ste Pharmacie le Grand Boulevard  
Lot 3451 Et N°1  
Tél: 05 22 03 55 22  
INPE: 062105036

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD  
Cardiologue Interventionnel  
Cardiologue

11, Med V Etage Bureau N°1 BERRECHID  
Tél: 05 22 32 83 03 / 05 22 32 83 33

57,70

57,70

rachid azzedine

N° patient

Date de naissance 01/01/1957 (66 Y.)

Sexe Unknown

ECG de repos Évaluation du mar. 20/06/2023 12:05

Données examen

QRS (ms) \_\_\_\_\_  
P (ms) \_\_\_\_\_  
PQ (ms) \_\_\_\_\_  
QT (ms) \_\_\_\_\_  
QTc B. (ms) \_\_\_\_\_  
QTc disp. (ms) \_\_\_\_\_

Rapport non confirmé

DR. KHADRE NABIL AYED FOUA  
Cardiologue Interventionnel  
CARDIOLOGUE  
11 Bd Med V1 Stage Bureau N°1 BERRECHID  
Tél: 05 32 32 83 03 / 05 22 32 83 33

ECG analysé FC: 78

(25 mm/s 10 mm/mV 0.05Hz - 125Hz / 50Hz true wave®)

