

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0058944

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4953 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHELLI HOUSSEINE  
Date de naissance : 01.01.1961  
Adresse : LES CHARAB ZONE D IMM 9 Apt 11  
AIN SERRA CABA  
Tél. : 0661302886 Total des frais engagés : 846,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. KARIM CHERRAOUI  
CARDIOLOGUE  
Méd Edouard Immeuble  
Sigeance 0665 19 81 90  
Date de consultation : 04/08/2023  
Nom et prénom du malade : BOUGARDI HAFIDA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : HTA  
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 : CABA Le : 04/08/23  
Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ 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
04/08/23	CS4E5		300,000H	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/8/23	546,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

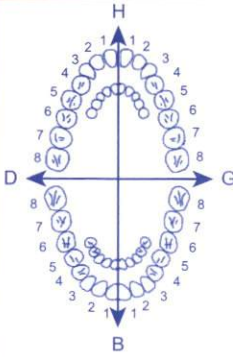
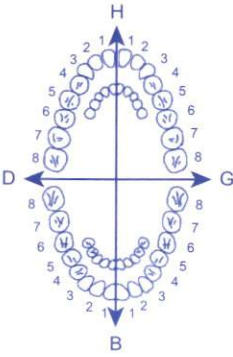
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H  25533412 21433552  00000000 00000000  D  00000000 00000000  35533411 11433553  B </div> <div> G </div> </div> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

# عيادة أمراض القلب والشرائين

Cabinet de Consultations et d'explorations Cardio-Vasculaires

Consultation sur Rendez-vous

**Dr. Karim CHERKAoui**  
**CARDIOLOGUE**

Diplômé de la Faculté de médecine  
PARIS V et VI

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Ancien Cardiologue à la C.N.S.S.



الدكتور كريم الشراوي

اختصاصي في أمراض القلب

خريج جامعة الطب بباريس V و IV

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

طبيب سابقا بمصحة الضمان الاجتماعي

## ORDONNANCE

Casablanca, le 04/08/2023

M. CHELLIQ Hafid

182.10x3

à Suivit 160/5 / 12,5 (ou Eufrege 160/5 / 12,5)

14/8

546.32



M de 3

182.10

PHARMACIE ATHINA  
47 Lot Chabab Groupe C2  
Ain Sebaa CASABLANCA  
Tél: 05 22 73 74 73  
Fax: 05 22 73 74 73

DR. KARIM CHERKAoui  
CARDIOLOGUE  
47 Lot Chabab Groupe C2  
Ain Sebaa Casablanca  
Tél: 05 22 73 74 73  
Fax: 05 22 73 74 73

182.10

شارع محمد الدرة، إقامة الحمد عمارة ب III، الطابق الثاني رقم 3، عين السبع، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 34 27 08 - الفاكس: 05 22 34 27 09  
Boulevard Mohamed Eddourra, Résidence El Hamd Imm BR III B, 2 Etage N° 3-Ain Sebaa - Casablanca Tél: 0522 34 27 08- Fax: 0522 34 27 09

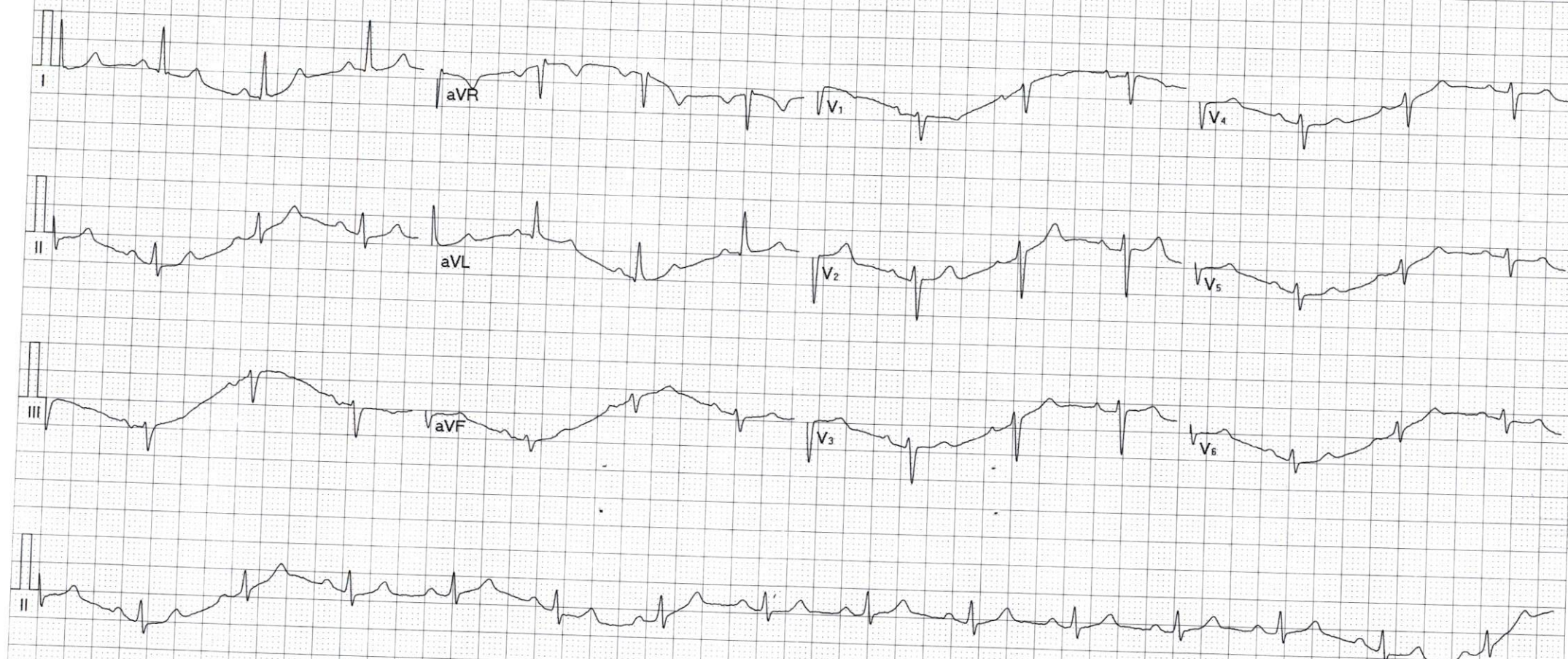
URGENCES

0660.79.81.90

الإستعجلات



10mm/mV 25mm/s



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR :	128 ms
Durée Echantillon :	14 s	Intervalle QT :	398 ms
FC :	80 bpm	Intervalle QTc :	459 ms
Durée P :	92 ms	Axe P :	16.8°
Durée QRS :	116 ms	Axe QRS :	-11.5°
Durée T :	252 ms	Axe T :	45.2°

Filtre Principal:On Filtre ADS:On

Suggestion :

DR. KARIM CHERKAOUI  
CARDIOLOGUE  
Bd Méditerranée Im. BP-8  
Ain Jbel - Algérie 36000

Signature Médecin: