

# 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.

M23-000852

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 714 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SKALI FAROUK

A 76453

Date de naissance :

1946

Adresse : Nezidene EL HAMD - FARAH S ALAM

Tél. 06 44 28 24 98

Total des frais engagés : 590 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

EL HALAOUI BATHISA Age : 76

Nom et prénom du malade :

EL HALAOUI BATHISA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HIA

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALQ 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 :

Le : / /

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
18/09/2023	CS		300,00 D.J.	<i>Rouhad JAKOUB Radiologue 3, Bd Oum Rabla - Hay Oulfa Hay Hassan - Casablanca - 05 52 89 44 73 / 05 52 89 44 73 Tél : 05 52 89 44 73 / 05 52 89 44 73</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE NARJOU Bd Jacob El Mansour 15/09/2023</i>	18/09/2023	290,00 D.J.

*INPE: 92044841*

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
				Début d'Execution
				Fin d'Execution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	
	D	00000000	00000000	Montants des Soins
	B	35533411	11433553	Date du Devis
	G			Date de l'Execution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr Nouhad JARDI**  
**Cardiologue**

- Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Ancien Médecin à l'Hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca
- Ancien Interne des CHU Ibn Rochd de Casablanca et de Nancy
- Diplômée en Echocardiographie Doppler de l'Université Bordeaux II
- Diplômée en Ultrasonographie Vasculaire de l'Université Pierre et Marie Curie - Paris VI



**الدكتورة نهاد جردي**  
**أخصائية في أمراض القلب والشرايين**

• خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

• طبيبة سابقاً بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء

• طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء و بمستشفى نانسي بفرنسا

• دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا

• دبلوم فحص الشرايين والأوعية بالصدى من جامعة بيير

و ماري كري بباريس

Casablanca, le 18/09/2023

الدار البيضاء في

Nom et Prénom : **Mme EL ALAOUI BAHIJA**

صيدلية نرجس  
**PHARMACIE NARJIS**  
131 Bd. Yacoub El Mansour  
Tél: 05 22 25 00 74 / 05 22 20 00  
**ORDONNANCE**

**1. BONNE HYDRATATION (2 L d'eau / jour)**

**2. RÉGIME PEU SALÉ**

**3. SULIAT 80 mg / 5 mg :**

1 comprimé / jour le matin

**4. RELAXIUM 375 mg :**

1 gélule / jour le soir

**TTT pendant 3 mois**

151,60

XANT  
LOT: 00560  
DU: 06/2025  
139,00DH

البريد الإلكتروني : [dr.jardinouhad@gmail.com](mailto:dr.jardinouhad@gmail.com)

شارع أم الربيع، الطابق الثاني، الالففة، حي الحسني - الدار البيضاء

IF : 18728957 - ICE : 001547343000027 - Patente : 36045002

2023-09-18 16:40

<< Conclusions >>

ID : \_\_\_\_\_  
Nom : elalaoui bahija  
Sexe : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_  
Taille: \_\_\_\_\_ Poids: \_\_\_\_\_ kg  
SYS : \_\_\_\_\_  
DIA : \_\_\_\_\_  
  
FC [bpm] : 91  
Intervalle PR [ms] : 139  
Durée P [ms] : 106  
Durée QRS [ms] : 73  
Durée T [ms] : 181  
QT/QTc [ms] : 354/435  
Axe P/QRS/T [deg] : 65.4/58.4/52.6  
R(V5)/S(V1) [mV] : 1.58/0.70  
R(V5)+S(V1) [mV] : 2.28

Ryth. sinusoïdal norm. ;  
Axe électrique cour normal ;

\*\*Le rapport doit être confirmé par un médecin\*\*

TA = 121/62 (mmHg)



Médecin \_\_\_\_\_

80mmx20m-30m

