

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 :

0715

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FENCKEKRONE Mohamed

Date de naissance :

01-07-1948

Adresse :

19 Rue Al Yasmine Hay Erraha  
(Bleusejour) CASABLANCA

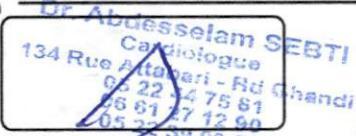
Tél. : 0671543264

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

95/6/2023

Nom et prénom du malade :

BENCKEKRONE

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Tumeur

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 : 11/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Parmacie des Clubs Rue Annasine Beauséjour Casablanca Tél - 05 22 36 26 32	21/07/23	120.-30

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																

# مركز تشخيص واستكشاف أمراض القلب والشرايين

## Centre de Consultation et d'Exploration Cardio Vasculaire

Dr. Abdesselam SEBTI

Cardiologue

Diplôme de la Faculté de Médecine  
de Toulouse - France



للدكتور عبد السلام سبتي  
اختصاصي في أمراض القلب  
خريج كلية الطب بتوولوز - فرنسا

Casablanca, le ..... 26 - 7 - 23 .....

Bonjour monsieur John

41.80<sup>°C</sup>

Antécubital

36.70

Bras droit

T = 120.30

3 Mois

EN



Pharmacie des Clubs  
18, Rue Annasrine Beauséjour  
Casablanca  
Tél : 05 22 36 26 32



Pharmacie des Clubs  
18, Rue Annasrine Beauséjour  
Casablanca  
Tél : 05 22 36 26 32

Dr. Abdesselam SEBTI  
Cardiologue Ed Ghandi  
134 Rue Attabari 4<sup>eme</sup> étage Bd Ghandi  
05 22 36 27 12 90  
05 22 36 24 47 58 12 90  
05 22 36 27 12 90  
05 22 36 28 98 99

LOT : 08/2022

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
P.P.V : 41DH80

6 118000 010227

LOT : 08/2023

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
P.P.V : 41DH80

6 118000 010227

LOT 230845  
EXP 05/2025  
PPV 36.70DH

En cas d'urgence contacter : 06 61 27 12 90 Ou clinique CASA ANFA : 05 22 94 56 33

زنقة التباري الطابق الرابع شارع غاندي - الدار البيضاء 134 Rue Attabari 4<sup>eme</sup> étage Bd Ghandi - Casablanca

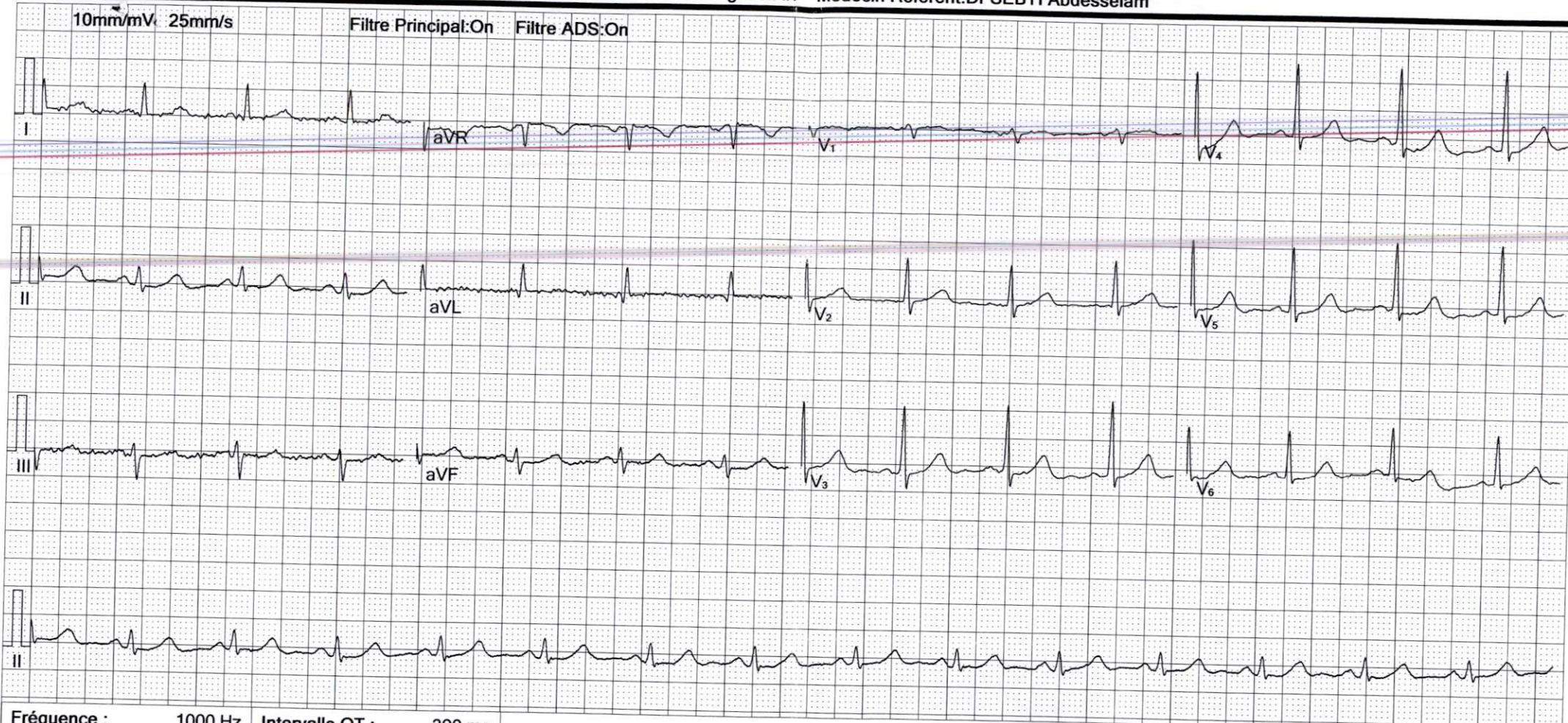
الهاتف : 05 22 44 75 81 / 06 61 27 12 90 / 06 63 89 13 56

Email : centrecardiodrsebt@gmail.com

**ECG**

## Cabinet De Consultation Et D'exploration Cardio Vacsulaire Dr SEBTI Abdesselam

NOM:BENCHEKRONE MED ID : Genre : Age :0 DOB :26-07-2023 Date of Test :26-07-2023 12:08  
Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr SEBTI Abdesselam



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	390 ms
Durée Echantillon :	14 s	Intervalle QTc :	453 ms
FC :	81 bpm	Axe P :	65.0°
Durée P :	89 ms	Axe QRS :	7.4°
Durée QRS :	78 ms	Axe T :	53.4°
Durée T :	282 ms	RV5/SV1:	1.08/0.18mV
PQ Interval :	127 ms	RV5+SV1:	1.26mV

Suggestion :

1. Abdesselam SEBTI  
Cardiologue  
2. Attabari - Bd Ghandi  
05 22 44 75 81  
06 61 27 12 90  
05 22 39 09 09

Signature Médecin: