

# 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 :	6371	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		SABRI MOHAMED	
Date de naissance :		11/11/1960	
Adresse :		N° 322 lot EL MAFAÏ H D.roua	
Tél. :		06 62 56 15 81 Total des frais engagés : 750 + 669 Dhs	

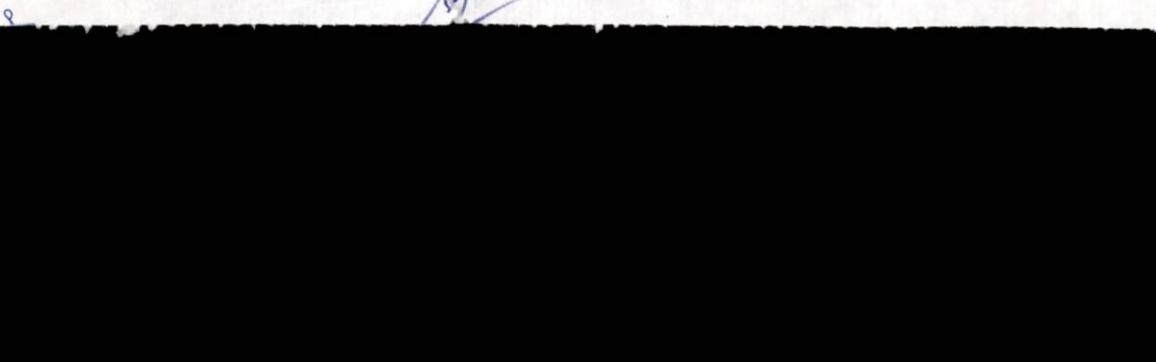
### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	17/10/2023	Nom et prénom du malade :	SABRI MOHAMED Age:
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Qui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	ALC		
Affection longue durée ou chronique :	<input 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 : 07 DEC 2023 Le : 07 DEC 2023

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
17/10/03 + 20/10/03			250,00	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE : 06201207 INSTITUT NATIONAL DE LA PHARMACIE ET DE LA BIOMÉDECINE	17/10/13	667,00

#### **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
		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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with teeth numbered 1 through 8 in each quadrant. The quadrants are labeled as follows:

- D**: Lower left quadrant, containing teeth 1 through 8.
- H**: Upper quadrant, containing teeth 1 through 8.
- B**: Lower right quadrant, containing teeth 1 through 8.
- A**: Upper right quadrant, containing teeth 1 through 8.

[Création, remont, adjonction]  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

#### **Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Dip  
Dip  
Dipl  
Anc  
Anci  
Pratik

- LD NOR  
- Liptorva  
long

Holter ECG / Holter Tensionnel / Epreuve d'effort  
Exploration de système nerveux autonome



# الدكتورة المرید ملیک

أخصائية في أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب والصيدلة بجامعة باريس

دبلوم أمراض القلب للأطفال بجامعة باريس

دبلوم الجهاز العصبي الإرادي بكلية الطب الرباط

طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات الجامعية باريس

طبيبة بالمستشفي الجامعي الشيخ خليفة

الفحص بالصدى الصوتي للقلب والشرايين

فحص القلب بالصدى عند الجهد

تسجيل الضغط الدموي ونفقات القلب على المدى الطويل . تخطيط الجهد

فحص الجهاز العصبي الإرادي

## ORDONNANCE

17 octobre 2023

Mr. SABRI Mohamed

### 1/ KARDEGIC 160 MG POUDRE POUR SOLUTION BUVABLE

1 sachet à midi

### 2/ COVERAM 5MG/5MG 5 / 5 MG / MG COMPRIME

1 cp le matin

### 3/ BIPROL 2.5 MG

1/2 cp le matin

### 4/ COSTAL 10 MG

1cp/j le soir 1j sur 2

Traitement pendant : 3 Mois

INPE : 06 20 14 810  
LA PHARMACIE RÉGIONALE  
Dr. Saad BENJELLOUN  
Immeuble Nassim N°26 Diar El Alaoui Appart N°4 1er étage - Deroua  
Tél: 05 22 03 16 74

جزئية النسيم رقم 26 عمارة ديار العلوى رقم 04 المباق الأول . الدروة

Lotissement Nassim N°26 Immeuble Diar El Alaoui Appt N°4 1er étage - Deroua



05 22 03 16 74



Urgences: 06 60 62 70 07



cabinet.drelmourid@gmail.com

**BIPROL® 2,5 mg**

**BIPROL® 2,5 mg**  
30 Comprimés pelliculés  
sécables

**OLYMÉDIC**

**37,00**

**208,00**

**208,00**

**208,00**