

# 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 : 2957 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HAÏL Nour Rhâbia

Date de naissance : 01-07-1956

Adresse : 7eme ADRESSE

Tél. 0675684193 Total des frais engagés : 1248,60 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/07/2014 Age : 68

Nom et prénom du malade : EL HAÏL Nour Rhâbia

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 : El Haïl Le : 01/07/2014

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

#### **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
11/04/20	CS, Ec.	+ 203.000		

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie ALAFAC 135 Rue Ilia Abu Madi - BERRE - VD - Tel. 03 22 33 64 01	01/08/24	998,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

AUXILIAIRES MEDICALS

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'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX							
				MONTANTS DES SOINS							
				DEBUT D'EXECUTION							
				FIN D'EXECUTION							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX							
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412   21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000   00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000   00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411   11433553</td> </tr> </table>		H	25533412   21433552	D	00000000   00000000	B	00000000   00000000	G	35533411   11433553	MONTANTS DES SOINS
H	25533412   21433552										
D	00000000   00000000										
B	00000000   00000000										
G	35533411   11433553										
	<p style="text-align: center;"><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS							
				DATE DE L'EXECUTION							

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

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

**Dr. KHADRE MOHAMED FOUD**

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**

فخص القلب التاجي

أخصالي أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بالطاطا البيضا

طبيب سامي بمستوى الشيف خليفة بالطاطا البيضا

طبيب سامي بمستوى الشيف خليفة بالطاطا البيضا

حاصل على شهادة الفحص بالصداق من جامعة بوردو بفرنسا

PPV : 148DH00

Lot n° :

Exp. :

## Ordonnance

Berrechid, le : .....

BERRECHID LE 01 février 2024

### Mme EL HAIL NOUREDDINE

#### REGIME PAUVRE EN SEL

4810 X3 COSTARVAL 80/12.5 MG ou VALPHI PLUS 80/.12.5

1 Cp/J matin à jeun

3x23,80

ASKARDIL 160MG

1Cp/J à midi après repas

2x87,50

NEBILET 5MG

1/2 Cp/J à midi

NOLIP 10MG

1Cp/J le soir 1J/2

2x154,10

Traitements pendant : 3 Mois

PPV : 148DH00

Lot n° :

Exp. :

ASKARDIL® 160 mg 30

ASKARDIL® 160 mg 30

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés

PPU 23DH80  
EXP 04/2025  
LOT 2D006

#### \* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés

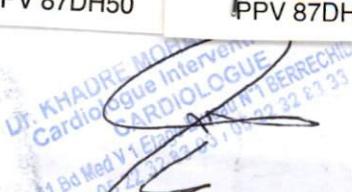
PPV 87DH50

#### \* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés

PPV 87DH50



PPV : 148DH00

Lot n° :

Exp. :

*9 LLE* *2957*

ECG

Nom el hail noureddine  
SN 0011343

Sex Male

Age 67

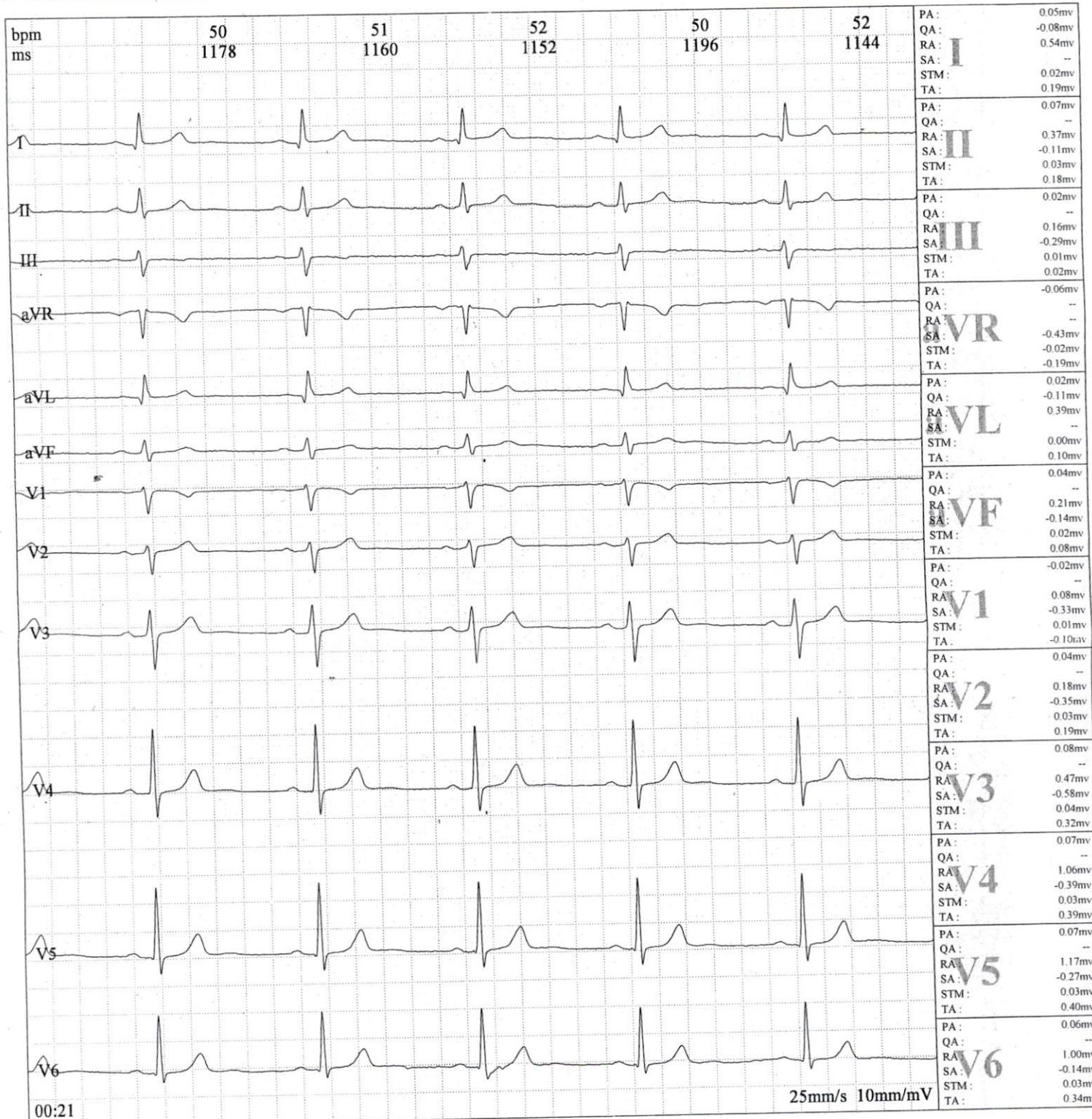
Case No.

Lit No.

Clinique N

Section

Date 02/01/2024



Frequency:	1000 Hz	PR Interval:	196 ms
Sample Time:	33 s	QT Interval:	408 ms
HR:	52 bpm	QTc Interval:	378 ms
P Interval:	100 ms	P Axis:	42.88°b
QRS Interval:	74 ms	QRS Axis:	4.29°b
T Interval:	242 ms	T Axis:	32.68°b

Signature Medecin :