

# 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

197214

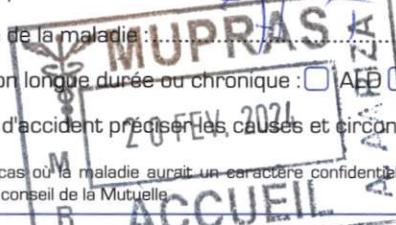
AR 726

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01114 / Société :  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : DIABE Driss.  
 Date de naissance : 01-01-1984  
 Adresse : Dar Salama Rue 5 Immeuble 3 N° 7  
 Tél. : 06-11-12-04-115 Total des frais engagés : 15.86 Dhs  
 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 14/02/2020  
 Nom et prénom du malade : Me DIABE Zohra Age : 26-  
 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 : Casab

Le : / /

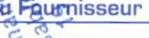
Signature de l'adhérent(e) :



## 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
15/02/2024	63	300,00		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Sachet du Pharmacien Avec du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <i>Mr. N. El Casabani</i> <i>le 24 Janvier 2001</i>	<i>1/1/</i> <i>02/24</i>	<i>1286,00</i>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

## **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
**Cardiologie adulte et pédiatrique**  
**Explorations Cardio-vasculaires**

5 rue Mohamed Abdou

CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Madame DIAB Zohra

Casablanca le 14.02.2024

1- ZYLORIC 100:

1 CP PAR JOUR SANS ARRET

1286,00 x 1

2- EXFORGEHCT5 MG/160 MG:12.5

1 PAR JOUR SANS ARRET

1286,00 x 2

3- ATENOR 100 MG:

1CP PAR JOUR LE MATIN SANS ARRET

6118001030989

EXFORGE HCT

5mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 286.00 DH

6118001030989

EXFORGE HCT

5mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 286.00 DH

6118001030989

EXFORGE HCT

5mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 286.00 DH

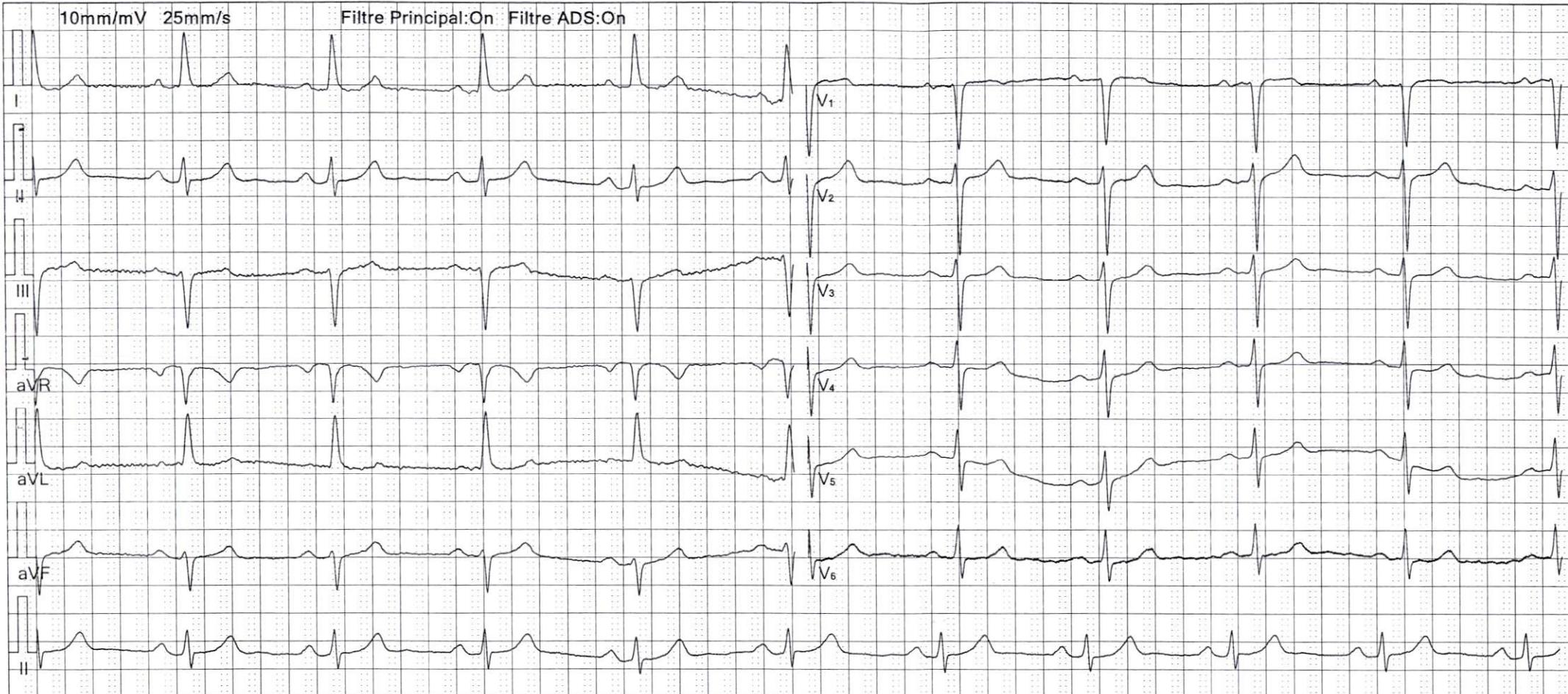


Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél : 05 22 29 81 55 / 59 - 05 22 47 26 89

# ECG

Dr EL MAKHLOUF Ali

NOM: ZOHRA DIAB ID : Case #: Date of Test : 14-02-2024 11:16  
Genre : Femme Age : 72 DOB : 01-01-1951 Investigation #: Médecin Référent:.



Fréquence : 1000 Hz Intervalle QT : 436 ms  
Durée Echantillon : 17 s Intervalle QTc : 421 ms  
FC : 56 bpm Axe P : 67.7°  
Durée P : 121 ms Axe QRS : -20.2°  
Durée QRS : 98 ms Axe T : 62.7°  
Durée T : 308 ms RV5/SV1: 0.53/1.18mV  
PQ Interval : 205 ms RV5+SV1: 1.72mV

Suggestion :

TA: 136/68

P: 79/29

Signature Médecin: