

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 : 5754 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

R.GIBI SAID

Date de naissance :

09.02.57

Adresse :

Tél. : 06.61.23.63.44 Total des frais engagés : 732,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/01/24

Nom et prénom du malade : R.GIBI SAID Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Cath corona symbole

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC 2 Pathologie : 0024

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 : 24/01/24

Signature de l'adhérent(e) :

SAID

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
24-01 2024	Consultation Cardiologie		320,00	Pr Universitaire Int Pr EL GHALI MOHAMED Cardiologue CG1303632

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MASNOU	24/01/24	382,10

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



وصفة طبية

Ordonnance

24-01-24

Casablanca, le :

M El Boulli Amin
Saint

20,70 x 3 = 152,10

1 Cardensiel 2

115,00 x 2 = 230,00

1 Awanys

1 pulv 1/5

382,10

200

PHARMACIE MASJID C.I.
Dr. Sonia Aboutorouane
17-22, Lomis
El Jadida
73

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr EL GHALI MOHAMED BENOUNA
Cardiologue
061303632

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 115,00 DH

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 24/01/2024
Numéro : 12 878



090061862

Nom patient : EL BOULLI RGUIBI SAID

Médecin : DR. BENOUNA EL GHALI MOHAMED
Cardiologie

2400818055

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION AVEC ELECTROCARDIOGRAMME (E)	350,00

Total 350,00

Arrêtée la présente à la somme de :
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

Hopital Universitaire International
Cheikh Khalifa
Consultation Cardiologie

FC: 60/min Axes:
 M / F Intervalle: P 38 °
 Age: RR 1008 ms QRS -5 °
 cm / kg P 130 ms T 29 °
 P 162 ms P (II) 0.14 mV
 QRS 86 ms S (V1) -0.46 mV
 QT 392 ms R (V5) 0.81 mV
 QTC 392 ms Sokol. 1.60 mV

TA 110 181

M EL BOULLI
 RENIBI
 Said.

Hôpital Universitaire International Chakib Ben Youssef
 Pr EL GHALI MOHAMED BENOUCHA
 Cardiologue
 051303632

RYTHME SINUSAL
 POSITION GAUCHE
 ECG DANS LES LIMITES DE LA NORMALE

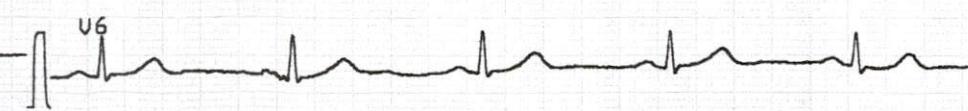
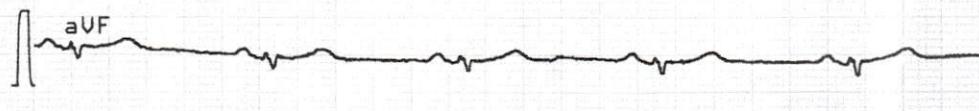
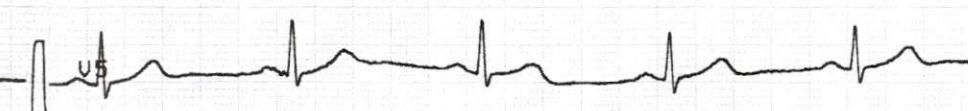
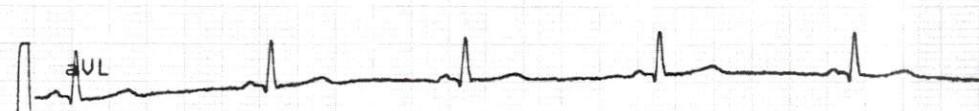
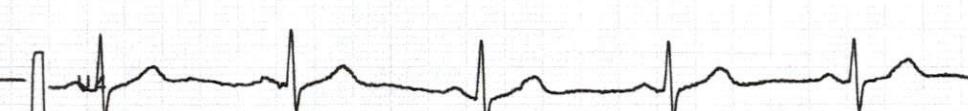
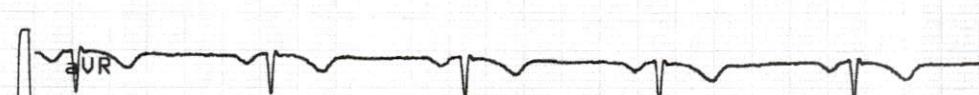
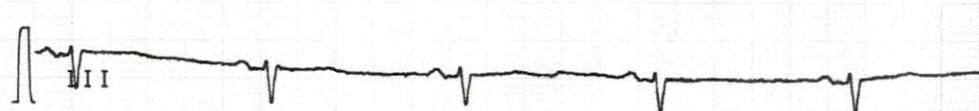
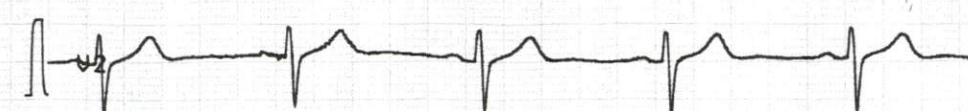
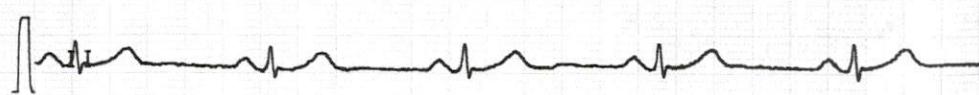
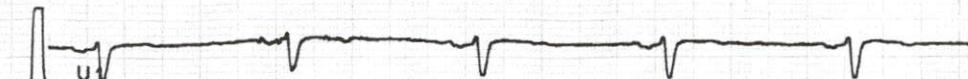
5.79

RAPPORT NON-CONFIRME

	I	II	III	aVR	aVL	aVF	V1	V2	V3	V4	V5	V6
P (mV)	0.12	0.14	0.07	-0.13	0.07	0.09	-0.05	0.05	0.07	0.08	0.08	0.08
Q (mV)	-0.09	-	-	-	-0.11	-	-	-	-	-	-	-
Qd (ms)	12	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-
R (mV)	0.86	0.33	0.13	0.03	0.70	0.09	0.09	0.43	0.62	0.85	0.81	0.64
Rd (ms)	42	44	14	8	48	16	20	36	40	42	40	40
S (mV)	-0.04	-0.14	-0.56	-0.58	-0.02	-0.20	-0.46	-0.78	-0.64	-0.43	-0.20	-0.08
Sd (ms)	10	18	48	38	22	44	66	44	42	40	28	20
R' (mV)	0.04	0.06	0.04	0.08	-	0.04	-	-	-	-	-	-
R'd(ms)	18	20	22	16	-	20	-	-	-	-	-	-
S' (mV)	-	-	-	-0.05	-	-	-	-	-	-	-	-
S'd(ms)	-	-	-	18	-	-	-	-	-	-	-	-
J (mV)	0.03	0.03	0.00	-0.03	0.01	0.02	-0.03	-0.01	-0.03	0.00	0.02	0.03
ST (mV)	0.02	0.04	0.02	-0.03	0.00	0.03	0.02	0.05	0.03	0.05	0.04	0.03
T (mV)	0.25	0.29	0.01	-0.27	0.10	0.16	-0.02	0.34	0.29	0.32	0.29	0.25
T' (mV)	0.04	-	0.06	-	0.01	-	-	0.04	0.05	0.08	0.07	0.05

10 mm/mV

10 mm/mV FC: 60/min



25 mm/s

0.05-35Hz F50

Me 24-JAN-24 18:03:00

AT-102 1.37 Ctm

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALIDABLE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : *El Ghali Qubib Saws*

Matricule : 5754

N° CIN : B844 84

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE : Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr EL GHALI MOHAMED BENOUNA Cardiologie

Certifie que Mlle, Mme, M. : R GUIBI SAID

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Tension haute pression

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Carduril 205 mg = 1 p/5

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Agadir* le *24/01/24*

Cachet et signature du médecin traitant :



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées