

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-578879

196173

payement

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7585 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : BOUKTIB DRISS

Date de naissance : 30/01/1952

Adresse : ZARID BANK DE HAY Hay INEGANE

Tél. : 06 10 60 50 05 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

INP

Dr EL ADA Brahim

Angé av. de l'Amirier et av. Hassan 2
Hay Inezgane - INEGANE

Tél: 05 26 33 23 34 Fax: 05 28 33 23 34

Cachet du médecin : 041046285

Date de consultation : 07/01/2024

Nom et prénom du malade : BOUKTIB DRSS

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : luxation Epaule

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 : 12 FEV. 2024

Signature de l'adhérent(e) : 041046285

Le : 04/02/2024

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-578879

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
27/01/2024	C2	200		INP : [REDACTED]
				Dr. A. TAGHZOUT Janvier 2024
				MEZGANE 23 33 23 34

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>CLINIQUE NAY HASSAN Angle AV Hassan II et NAY Hassan Prise en charge 023 33 32 24</i>	<i>22/01/2024</i>	<i>Gen</i>	<i>100</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VIOLET ADHERENT

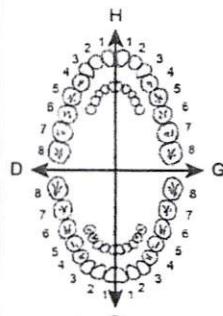
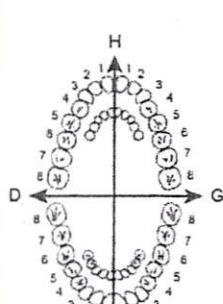
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	INP : <input type="text"/>									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>									
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	D	G	25533412 00000000	21433552 00000000		35533411		11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	D	G											
25533412 00000000	21433552 00000000												
35533411		11433553											
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>									
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE



TAGHZOUT

Clinique Taghzout

Inezgane, le: 23/01/2024

Mr Boukhrib Smiss

Gay probablement normal

Rythme sinusale

Position gache

Uision myocardiique inférieure
ne peut être exclue

CLINIQUE TAGHZOUT
Angle Av. Hassan II et Av. NEZGANE
Hay Hassan II - Tel 028 33 23 33 - Fax 028 33 23 34
Prise en Charge 24/24

041046185
VIP

Dossier N° :

Chambre N° :



مصحة تغزوت
CLINIQUE TAGHZOUT

Inezgane, le : 27/01/2024

Bon de Radiologie

Nom, Prénom :

Bouktila Dm's

INP

Médecin traitant :

Dr. EL ADA Brahim

Anesthésiste - Réanimateur
Angle av. 11 janvier et av. Hassan 2
Hay Hassani - INEZGANE

Tél: 05 28 33 23 33 Fax: 05 28 33 23 34

041046285

Examens demandés



Clinique Taghzout S.C.P. - Angle 11 janvier et Av. Hassan II - Hay El Hassani - Inezgane

Tél : 05 28 33 23 33 - Fax : 05 28 33 23 34 - E-mail : c.taghzoutscp@gmail.com

IF : 06949370 - TP : 49336851 - ICE : 001632135000037

Dossier N° :

Chambre N° :



مصحة تغزوت
CLINIQUE TAGHZOUT

Inezgane, le :

20/01/2024

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur :

Clinique Taghout
Bouktiba Driss

présente à M. :

sa note d'honoraires s'élevant à la somme de

100 Dir

Pour l'acte :

Consultation Gyn

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.





مصحة تغزوت
CLINIQUE TAGHZOUT

F A C T U R E

N° 1 148 D / 2024 du 27/01/2024

Nom patient	BOUKTIB DRISS	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANT	27/01/2024	27/01/2024

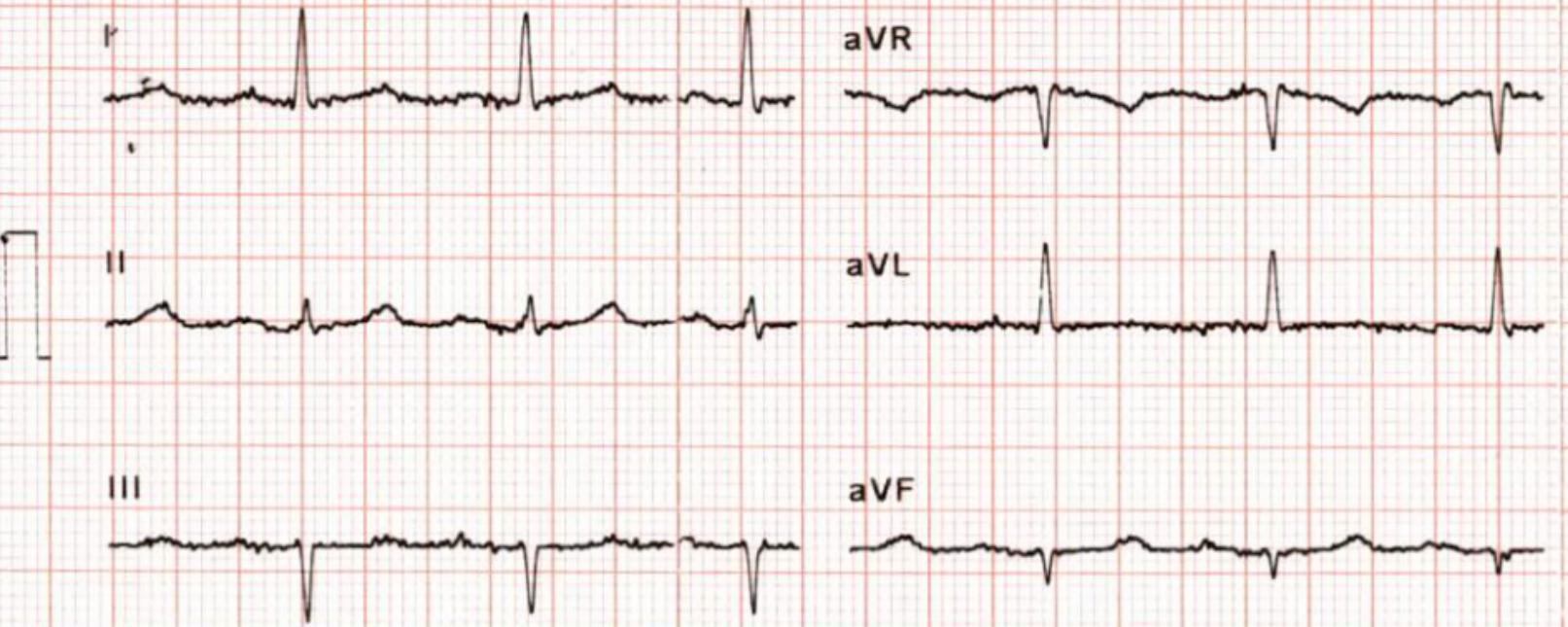
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECG	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	100,00
Total Frais Clinique				
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. EL ADA BRAHIM (anesthesiste)	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
Total prestations externes				

		Total général	300,00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS			

Encaissements	Espèces	Total encaissé	Solde
	300,00	300,00	0,00

CLINIQUE TAGHZOUT
Angle Av. Hassan II et du 11 Janvier
Hay Hassani INEZGANE
Tél: 028 33 23 33 Fax: 028 33 23 34
Prise en Charge

FC 85 /bpm



25 mm/s, 10 mm/mV

SCHILLER SWITZERLAND

Art.No. 2.157 058

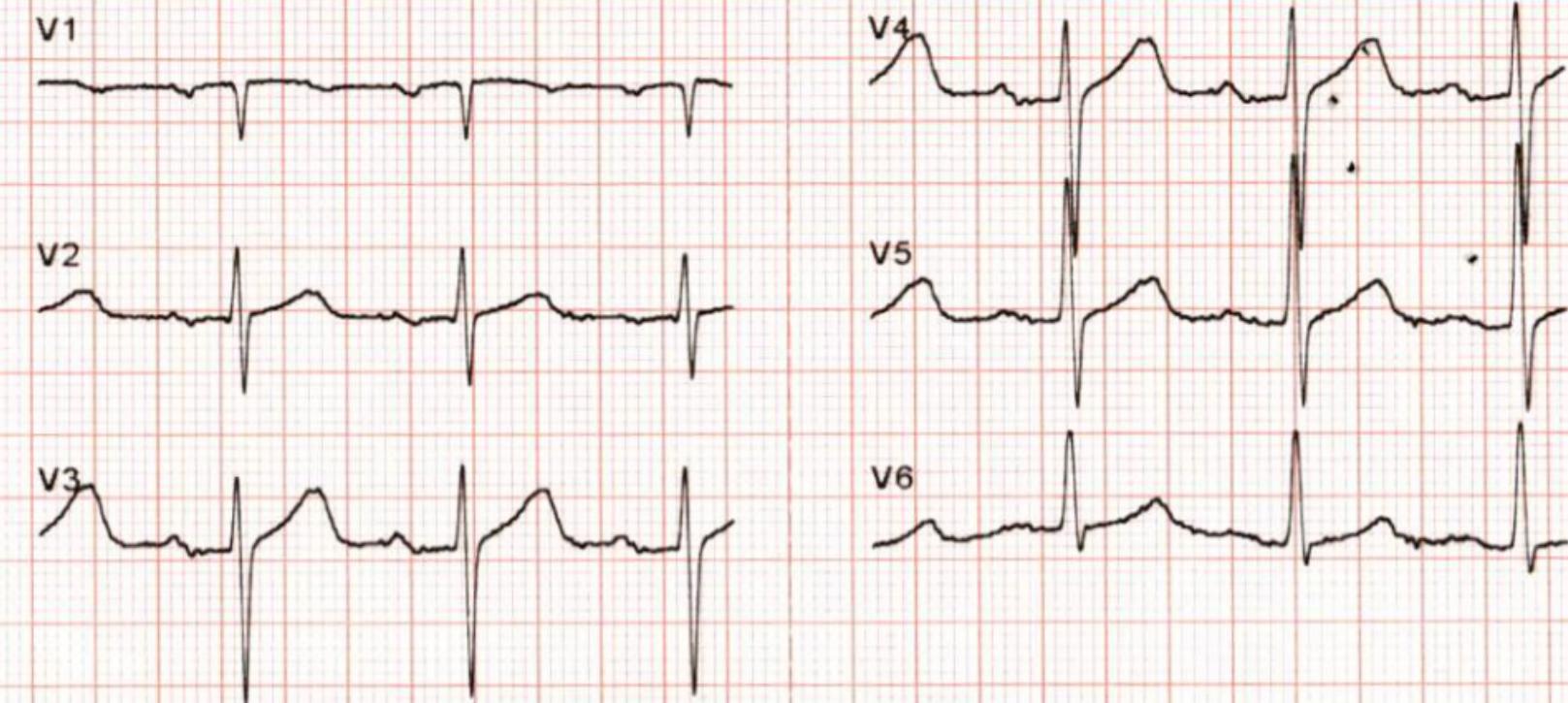
CE 0044

BP 40 Hz, AC 50 Hz

SCHILLER SWITZERLAND

Art.No. 2.157 058

27.01.2024 17:11:24



Simultané

D 703 SCHILLER SWITZERLAND

Art.No. 2.157 058 CE 0044

Inversion d'él,

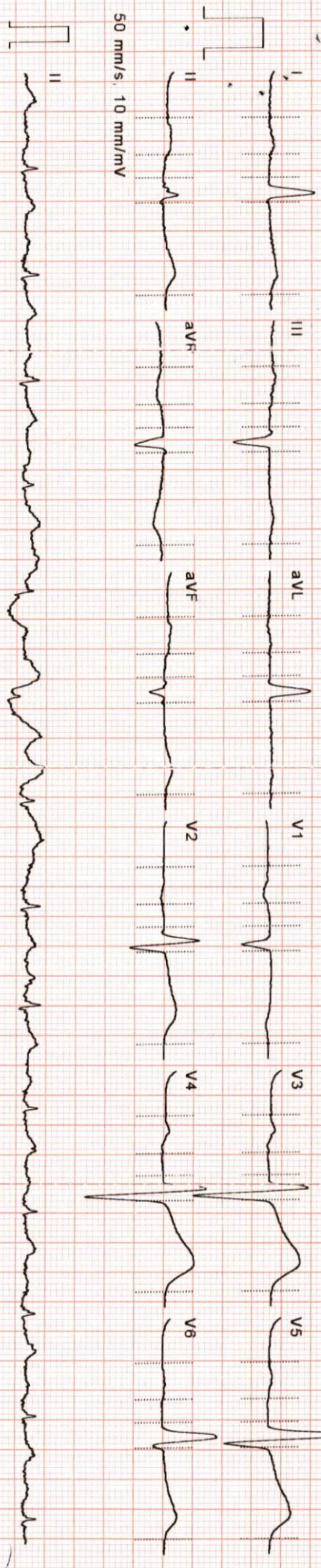
AT-1 G2 (1070.006779), 1.2.1

SCHILLER SWITZERLAND

Art.No. 2.157 058

FC 85 /bpm

27.01.2024 17:11:24



25 mm/s, 10 mm/mV

SCHILLER SWITZERLAND Art.No. 2.157 058

CE 0044

SCHILLER SWITZERLAND

Art.No. 2.157 058

BP 40 Hz, AC 50 Hz

CE 0044

SCHILLER SWITZERLAND

Art.No. 2.157 058

D 703 SCHILLER SWITZERLAND

Art.No. 2.157 058

CE 0044

SCHILLER SWITZERLAND

Art.No. 2.157 058

FC 85 /bpm

27.01.2024 17:11:24

	I	II	III	aVR	aVL	aVF	V1	V2	V3	V4	V5	V6
P+ [mV]	0.07	0.06	0.06	-	0.05	0.05	-	0.02	0.07	0.06	0.05	0.05
P- [mV]	-0.01	-	-	-0.06	-0.02	-	-0.07	-0.05	-	-	-	-
Q [mV]	-	-	-	-0.50	-	-	-0.48	-0.04	-	-	-	-
Qd [ms]	-	-	-	-	46	-	-	48	8	-	-	-
R [mV]	0.78	0.27	0.05	0.05	0.19	0.05	-	0.60	0.67	0.74	1.39	0.94
Rd [ms]	48	62	18	20	62	18	-	34	34	34	52	58
S [mV]	-0.03	-0.06	-0.62	-	-	-0.25	-	-0.59	-1.31	-1.35	-0.76	-0.16
Sd [ms]	20	22	44	-	-	66	-	34	38	38	32	26
R' [mV]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
R'd [ms]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S' [mV]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S'd [ms]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
J [mV]	-	0.01	-	-0.01	-	0.01	0.02	0.03	0.01	-	0.01	0.03
ST [mV]	0.03	0.02	-0.01	-0.02	0.02	0.01	0.03	0.08	0.16	0.16	0.10	0.05
T+ [mV]	0.14	0.21	0.07	-	0.04	0.14	0.03	0.21	0.53	0.53	0.39	0.25
T- [mV]	-	-	-0.02	-0.18	-	-	-0.07	-	-	-	-	-

AT-1 G2 (1070.006779), 1.2.1

LO D 703 SCHILLER SWITZERLAND

Art.No. 2.157 058 € 0044

SCHILLER SWITZERLAND

Art.No. 2.157 058

FC 85 /bpm

27.01.2024 17:11:24

RR	704 ms	P axe	42°
P	126 ms	QRS axe	-16°
PR	204 ms	T axe	45°
QRS	84 ms		
QT	394 ms		
QTc	470 ms		
(Bazett)			

Sokolow	1.98 mV
Cornell	2.00 mV
Lewis	1.32 mV
Romhilt	-

AT-1 G2 (1070.006779), 1.2.1

SCHILLER SWITZERLAND

Art.No. 2.157 058

€ 0044

Nr	BOUKTIB DRISS
N°	24A02069
Né	27/01/2024
Se	
Pa	DR.ABDELOUADOU D MOHAMED
Taille cm
Poids kg
TA / mmHg
Traitem
Remarque

SCHILLER SWITZERLAND

Art.No. 2.157 058

SCHILLER SWITZERLAND

Art.No. 2.157 058

SCHILLER SWITZERLAND

Art.No. 2.157 058

€ 0044

SCHILLER SWITZERLAND

Art.No. 2.157 058

27.01.2024 17:11:24

ECG probablement normal

Rythme sinusal

Position gauche

QRS(T) modifié

lésion myocardique inférieure ne peut être exclue

AT-1 G2 (1070.006779), 1.2.1

SCHILLER SWITZERLAND

Art.No. 2.157 058

€ 0044

SCHILLER SWITZERLAND

Art.No. 2.157 058