

# 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.

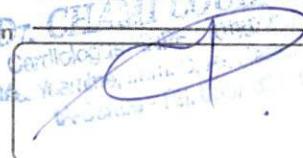
## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 à caractère personnel.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>A</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>2273</b>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>EL HANI FATIMA</b>			
Date de naissance : <b>17 - 1951</b>			
Adresse : <b>128, Abbadi Boubker, Tencin,</b>			
Tél. : <b>0574610089</b>	Total des frais engagés :		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : <b>02/08, 2019</b>			
Nom et prénom du malade : <b>EL HANI FATIMA</b> Age : <b>68 ans</b>			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfan
Nature de la maladie : <b>HTA + artérielle</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential à l'até medicin conseil de la Mutuelle.			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : <b>Tencin</b>	Le : <b>02/08/2019</b>	<b>ACCUEIL</b>	
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 M. attestant le Paiement des A.
02/08/19	Ca	300 DTB	INP: 10M67324	Dr. CHAHAD Cariologie Rabat

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Conseil Dr. Hassan LAHLOU 3 Rue de Rabat - Témara Tél: 05 27 71 11 63	02/08/19	3663.00  INPE  102019890

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

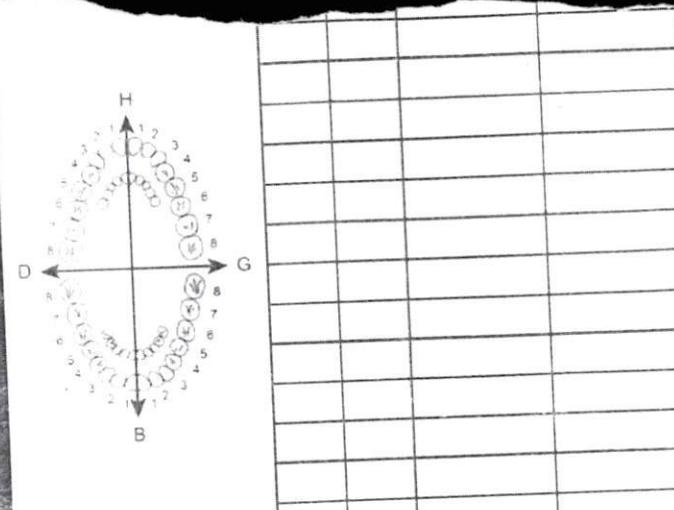
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

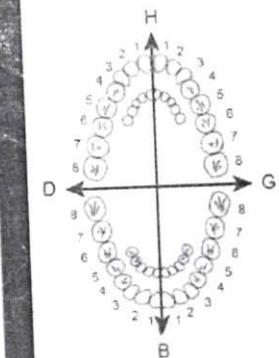
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

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



## O.D.F PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

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

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'EX

PFV 126DH00  
FER 12/21  
LOT H2724

PPV 126DH00  
FER 02/22  
LOT 1424

PFV 126DH00  
FER 12/21  
LOT H2724

Rabat



XARELTO 20 mg  
Rivaroxaban  
28 cps  
P.P.V. : 984,00 DH  
Bayer S.A.



طبية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا، الرباط  
كتف بالصدى ، تخطيط القلب 24 ساعة،  
قياس الضغط 24 ساعة، فحص المجهود.

le 02/08/2019

XARELTO 20 mg  
Rivaroxaban  
28 cps

P.P.V. : 984,00 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090808

MME EL HANI FATIMA

81,00x3

- Fibrocard Ip 240 mg  
1 gélule, soir, pendant 3 mois

984,00x3

- Xarelto 20 mg  
1 , midi, pendant 3 mois

126,00x3

- Diprezzar 50 mg / 12.5 mg  
1 comprimé, matin, pendant 3 mois

45,00x2

- Prezar 50 mg  
1 comprimé, matin, pendant 1 mois

3663,00

Dr CHABILLOU  
DÉPARTEMENT DE PHARMACIE  
33, RUE DE RABAT  
TEMARA  
TÉL : 0537 61 36 36

Dr CHABILLOU  
DÉPARTEMENT DE PHARMACIE  
du conseil  
pharmacie du conseil  
Dr Youssef LAHLOU  
33 Rue de Rabat Temara  
Télé : 0537 61 36 36

LOT 17/11/B 1  
EXP 09 2021  
PPV 81.00 DH

LOT 18F29/A 1  
EXP 06 2022  
PPV 81.00 DH

إقامة ياسمينة، عمارة C ، رقم 48 الطابق الاول، شارع الحسن الثاني ، قارة المركز (قرب البنك العقاري السياحي)

Résidence Yasmina, Imm C, 1er étage Appt 48, Av Hassan II, TEMARA CENTRE - INPE : 101167724 - IF : 14453885

ICE : 00177514300003 - Tél : 0537 61 36 36 - E-mail : loubnachami@yahoo.fr

DECLARATION DE MALADIE

DU MÉDECIN RESPONSABLE  
DU CHIERS MÉDECIN DE TOULON (83)

02.08.2013

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (4)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Le sous-signé:

Dr. CHAMI LOUBNA  
Cardologue - Hypertension  
Rue... 13000 Toulon  
Provence - Var

Confirme que Mlle, Mme, M. .... El HANI FATIMA

Présente:

HTA + ACEA

Nécessitant un traitement d'une durée de:

longue durée

Pour ci-joint l'ordonnance:

cf ordonnance

OU défaut noter le traitement prescrit).

4-7) Valable 3 mois:

Téléphone: 05-22-91-23-38 / 05-22-91-23-76

Dr. CHAMI LOUBNA  
Cardologue - Hypertension  
Rue... 13000 Toulon  
Provence - Var

CHIERS MÉDECIN DE TOULON (83) - MUPRAS

05-22-91-23-38 / 05-22-91-23-76

http://www.chiers-medecin-toulon.com

الدكتورة لبني شامي  
ن. علوى

Dr. Loubna CHAMI

Ep. Alaoui



Médecin spécialiste en maladies cardiovasculaires

Cardiologie pédiatrique

Ancien médecin attachée au CHU Ibn Sina, Rabat

Echodoppler cardiaque, Holter ECG,

Holter tensionnel, Epreuve d'effort

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب والشرايين  
(للكلبار والأطفال)

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا، الرباط  
كشف بالصدى ، تخطيط القلب 24 ساعة ،  
قياس الضغط 24 ساعة، فحص المجهود.

## ELECTROCARDIOGRAMME - ECG -

Nom : SHHANI\_ FATIMA  
Date : 2-8-2019

**Dr CHAMI Loubna**

**ECG**

Nom : el hani fatima Sex : Female Age : Clinique N : Section :  
 SN : 0005963 Case No. : Lit No. : Date : 02/08/2019 12:44:55



00:00

AC IIR 50Hz/DFT/EMG

25mm/s 10mm/mV

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	--	Prompt:
Temps d'écha	61s	QT Interval:	387 ms	
FC:	82bpm	QTe Interval:	451 ms	
P Interval:	--	P Axis:	--	
QRS Interval:	88 ms	QRS Axis:	-14.60°Cb	
T Interval:	225 ms	T Axis:	32.40°Cb	

Signature Medecin :