

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle 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° M20- 0003228

MUPRAS
RECEPTION 9

136787

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01713 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ISMAILI LHASANE

Date de naissance : 01-07-1955

Adresse : LOT 404 FA N°56 DEROUA

Tél. : 066155743 Total des frais engagés : 2397,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/09/2022

Nom et prénom du malade : M^{re} ISMAILI MALIKA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ACRA

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 : DEROUA Le : 02/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
21.9.22	ES+ECG		250.00 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		2143.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

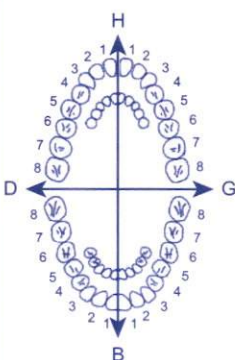
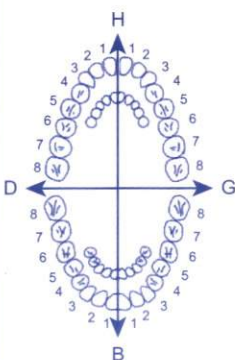
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
			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

ID: **ISMAILI MALIKA**

TAILLE: --- POIDS: --- TA: ---

TRAITEMENT:

OPÉRATEUR:

NOTES:

21/09/2022 15:23:53

FC: 70

PR: 174

QRSd: 106

QT/QTc: 426/443

QTcB: 460

QTcF: 448

Rv5-6/Sv1 0,74/0,88

Sok-Lyon: 1,62

AXES: 44/-47/77

bpm

ms

ms

ms

ms

ms

mV

mV

°

Rythme sinusal

--- Interprétation effectuée sans connaître l'âge/sexe du patient ---

Bloc du faisceau antérieur gauche

Hypertrophie ventriculaire gauche

ECG anormal

Non confirmé



DR. EL MOURID MONIA
UNIVERSITÉ NASSIR, IMMEUBLE DIAN EL ALI, ALGER
TEL: 0522031676 / 066082703
WPE: 061259198

Dr. EL MOURID Monia
Cardiologue

Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca
Diplômée de l'Université Paris Descartes en cardiologie pédiatrique
Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd - Casablanca
Ancien médecin interne des CHU de Paris
Praticien attachée à l'hôpital universitaire CHEIKH KHALIFA

Echographie doppler cardiaque et vasculaire

Echocardiographie de stress

Holter ECG / Holter Tensionnel / Epreuve d'effort



الشرابين
ار البيضاء
مكة باريس
ن رشد - الدار البيضاء
مستشفى الجامعية باريس
ليقة
واين
مخطط الجهد

ORDONNANCE

Mme ISMAILI Mal

370,00 X 3

1/ REXABAN 20MG

1cp/j le matin

103,40 X 4

2/ TAHOR 20 MG COMPRIME PELlicULE

1 cp le soir

47,80 X 6

3/ XEDILOL 25 MG COMPRIME SECABLE

1cp*2/j

89,70 X 3

4/ CORDARONE 200 MG COMPRIME SECABLE

1 cp le matin

Docuvox

Traitement pendant : 3 Mois

69,00

2143,70



LOT: 220441
DLUO: 06/2025
69,00 DH



ة التسميم
pp N°4 1er
lmourid@

UT. AV. :

P.P.V

01 2025

LOT N° :

103 / 40

FW7215

103,40

103,40

LOT N° :

103 / 40

FW7215

P.P.V

UT. AV. :

UT. AV. :

P.P.V

01 2025

LOT N° :

103 / 40

FW7215

89,70

89,70

89,70

LOT 220596
EXP 02 2025
PPV 47 00

LOT 220596
EXP 02 2025
PPV 47 00

LOT 220596
EXP 02 2025
PPV 47 00