

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

M22- 0031227

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0769 Société : 146516

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NASSI RAHAL

Date de naissance : 01-01-1949

Adresse : Hay Oufé Rue 133 Gp. N. No. 47 ESS

Tél. 06 62 79 06 07 Total des frais engagés : 557,70 + 300, Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 01/01/2023

Nom et prénom du malade : NASSI RAHAL Age :

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

Nature de la maladie : 156

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 : CASSA Le : 01/01/2023

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
23/09/2023	Vaccin			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Wilaya Moulouya Zekri Abdelati Docteur en Pharmacie 238 222 224 El Oued Moulouya El Oued Casablanca - Tel: 0522 50 51 12 ACE: 002291220000077	23/09/2023	557,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

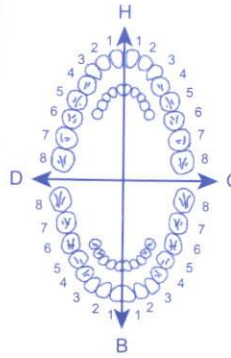
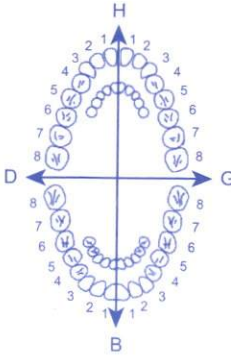
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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"/>														
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

NASSI RAHAL

M/e 769

FC 69 /min

Né(e) le 01.01.1949
Age 74 ans
Sexe Masculin
Taille cm
Poids kg
Origine
PA
Remarque

Intervalles

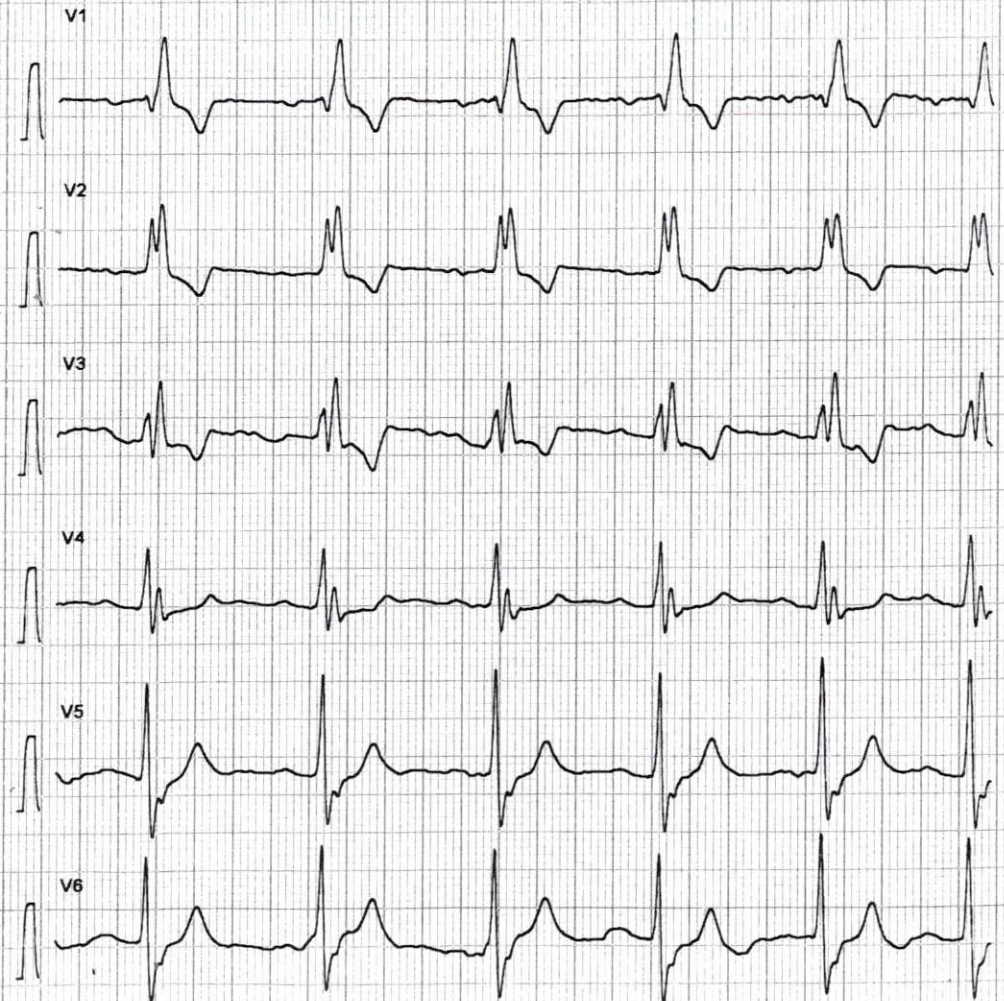
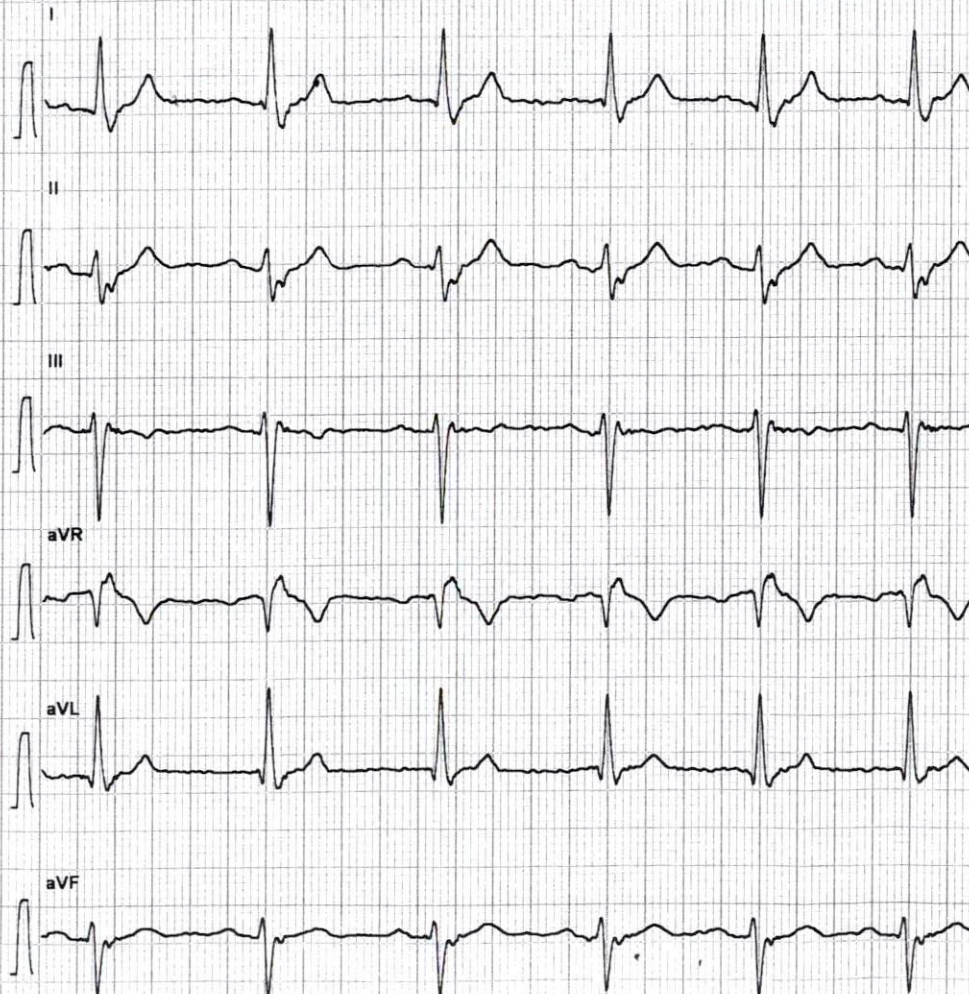
RR 865 ms
P 118 ms
PR 220 ms
QRS 140 ms
QT 404 ms
QTc 434 ms
(Bazett)

Axes

P 34°
QRS -42°
T 26°

P (II) 0.09 mV
S (V1) -0.16 mV
R (V5) 1.74 mV
Sokol. 1.90 mV

Interprétation: RYTHME SINUSAL, BLOC A-V DU PREMIER DEGRE,
POSITION HYPERGAUCHE, HEMI-BLOC GAUCHE ANTERIEUR, BLOC DE
BRANCHE DROIT, BLOC DE BRANCHE BIFASCICULAIRE,
HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE DROITE AVEC ANOMALIE ST/T
R16.02 Rapport non confirmé



10 mm/mV 25 mm/s

10 mm/mV 25 mm/s



Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

7120769

Casablanca le :

CASA , Le 23/01/2023

M. RAHAL NASSI

64100x3

1) ANCINE 50 MG

1 le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

53,00x3

2) LOWRAC Gelule à 5 mg Bte 30 Gelule

Prendre 1 gélule le soir, au cours du repas, pendant 3 mois

68,90x3

3) FLUDEX LP Comprime A Lp à 1,5 mg Bte 30 Comprime

Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

T=557,70



✓

Professeur Ahmed BENNIS
Specialiste des maladies
Cardiovasculaires
98 Rue Kadi lass Maarif - Casablanca
Tel 05 22 25 36 00

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA
Docteur en Pharmacie
ZEKRI Abdelati
05 22 25 36 00
05 22 25 36 00
05 22 25 36 00

LOT : 410
PER : 11/24
PPV : 64,00 DH

LOT : 410
PER : 11/24
PPV : 64,00 DH

LOT : 410
PER : 11/24
PPV : 64,00 DH

LOT : 155
PER : 04/25
PPV : 53,00 DH

LOT : 155
PER : 04/25
PPV : 53,00 DH

LOT : 155
PER : 04/25
PPV : 53,00 DH

68,90

68,90

68,90