

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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- 0006622

147303

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000270 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELYACOUBI MOHAMED

Date de naissance : 01/01/1940

Adresse : 62, RUE DES SALINS OASIS PAPA

Tél. : 0661087340 Total des frais engagés : 654,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/01/2023

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : HTA

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 : ex mupras Le : 21/03/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]


الدكتور



### 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
21.01.2023	ex r 66		350,00	 <b>Dr. LAKHSSASSI Abdelhakim</b> Cardiologue Boulevard Abdelhamid Ben Kaddour Algérie - Tél : 9522 94 06 06

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE N° 101</b> Angle Rue d'Oran sur Glacis et Rue des Palmiers N° 1 Oasis Casablanca Tél: 0521 25 08 84	21/01/23	304,80

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

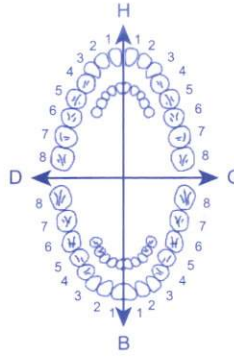
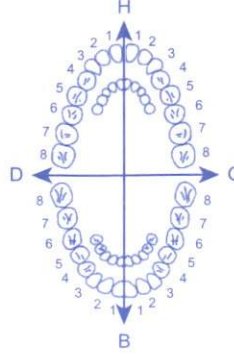
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ 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.

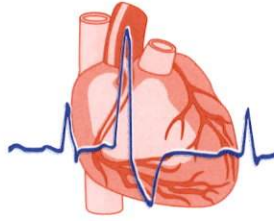
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

# Dr. Abdellatif LAKHSSASSI

Spécialiste des Maladies du Cœur  
et des Vaisseaux  
Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Montpellier  
Membre de la Société Française  
de Cardiologie  
Ancien Chef de Service de Cardiologie  
des Polycliniques de la Sécurité Sociale



الدكتور عبد اللطيف الخصاصي  
اختصاصي في أمراض القلب والشرايين  
خريج كلية الطب بـمونبولي  
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب  
رئيس قسم أمراض القلب سابقا  
بمصحات الضمان الإجتماعي

Casablanca, le 21.01.2023 في الدار البيضاء،

El Yacoubi Mohamed

89,20

136,60 11 Amel S

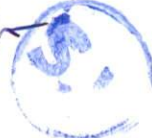


79,00

3/ APYOL au SMOU

1000 3 h

2/4



304,80

PHARMACIE NAPOLEON  
Angle Rue d'Orléans et Rue des Nations N° 1  
Oasis Casablanca  
Tél: 0522 25 08 84

Lot:  
À consommer  
avant le:  
PPC: 79,00 DH

UT.AV : 08 2 124 89 2  
LOT N° : FH5052  
Dr. Abdellatif Ben Kaddour  
Tél : 05 25 04 06 05

PPV.

لطيف بن قدور - إقامة بيلافيسا II - شقة 4 - الطابق 2 - الدار البيضاء  
33, Bd. Abdellatif Ben Kaddour - Rés. Bella Vista II - Appt. N° 4 - 2  
GSM : 06 61 14 48 64 : المحمول - FAX : 05 22 94 00 60 : الفاكس - TEL : 05 2

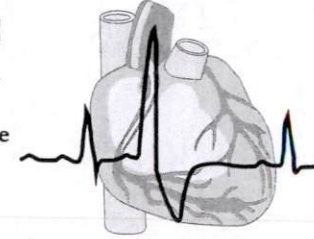


# عيادة فحص و تشخيص أمراض القلب و الشرايين

## CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

**Dr. Abdellatif LAKHSSASSI**

Spécialiste des Maladies du Cœur  
et des Vaisseaux  
Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Montpellier  
Membre de la Société Française  
de Cardiologie



الدكتور عبد اللطيف الخصاصي  
إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين  
خريج كلية الطب بمونبولى  
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب

## ELECTROCARDIOGRAMME

Nom : EL YACOUB Prénom : MOHAMMED

Date : 21.01.2023 Dossier N° : E115

33, شارع عبد اللطيف بن قنور - إقامة بيلافيسيتا II - شقة 4 - الطابق 2 - الدار البيضاء  
33, Bd. Abdellatif Ben Kaddour - Rés. Bella Vista II - Appt. N° 4 - 2ème Etage - Casa  
الهاتف : 05 22 94 06 06 - الفاكس : 05 22 94 00 60 - المبحول : 06 61 14 48 64 - GSM :



.....  
 .....  
 ..... M / F  
 Age : .....  
 ..... cm / ..... kg

FC 92/min  
 Intervals  
 RR 653 ms  
 P 102 ms  
 PR 124 ms  
 QRS 114 ms  
 QT 364 ms  
 QTC 455 ms  
 (Bazett)

Axes :  
 P 67 °  
 QRS -50 °  
 T 91 °  
 P (II) 0.23 mV  
 S (V1) -0.71 mV  
 R (V5) 1.12 mV  
 Sokol. 1.84 mV

الدكتور عبدالمطيف النجاشي  
 Dr. LAKHSSASSI Abdellatif  
 Cardiologue  
 33 Boulevard 1960 Abdellatif Ben Khendouf  
 95 02 94 06 06

