

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

N° W21-651588

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1607 Société : _____

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : _____

Nom & Prénom : BELAMINE EL HADJ

Date de naissance : _____

Adresse : Bousfouane n°10 Route Résidence Matat 1 Casablanca

Tél. : 0661/67500 Total des frais engagés : _____ Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies Cardiovasculaires
98 Rue Kadi Iass Maârif - Casablanca
Tél : 05 22 25 36 00

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09 / 12 / 2022

Nom et prénom du malade : Belamine El Hadj Age : 82

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

Nature de la maladie : ACCV

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09 / 12 / 22

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
09/12/2011	Visite	3	3090	INP : 0910265911
				Professeur Ahmed BENNIS Spécialiste des maladies Cardiovasculaires

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/12/11	6.441,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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				
		<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"/>
				MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION		<input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION		<input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>
				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



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



Casablanca le :

CASA Le 09/12/2022

M. El habib BELAMINE



1) SAFLU Suspension Pour Inhalation à 250 µg/25 mg Flacon 120 Dose

Prendre 1 dose le matin et le soir, pendant 3 mois

2) ALDACTONE Comprimé à 50 mg Bte 20 Comprimé

Prendre 1/2 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

3) SYMBICORT TURBUHALER Poudre Pour Inhalation à 400 µg/12 µg Flacon 60 Dose

Prendre 2 doses le matin et le soir, pendant 3 mois

4) FOSTER

1 le matin, à midi et le soir, pendant 3 mois

5) XARELTO 15 MG

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

6) FORXIGA 10 MG

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

7) UPERIO 50 MG

1 le matin et le soir, pendant 3 mois

T=6141.6

Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies
Cardiovasculaires
29 Rue Kadiou Maarif - Casablanca
Tél: 05 22 25 36 90

Foster 100/6µg, solution pour
inhalation en flacon pressurisé

Distribué par PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 291DH00



Foster 100/6µg, solution pour
inhalation en flacon pressurisé

Distribué par PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 291DH00

XARELTO 15 mg
Rivaroxaban
14 cps

P.P.V : 314,00 DH
Bayer S.A.



XARELTO 15 mg
Rivaroxaban
14 cps

P.P.V : 314,00 DH
Bayer S.A.



XARELTO 15 mg
Rivaroxaban
14 cps

P.P.V : 314,00 DH
Bayer S.A.



XARELTO 15 mg
Rivaroxaban
14 cps

P.P.V : 314,00 DH
Bayer S.A.



XARELTO 15 mg
Rivaroxaban
14 cps

P.P.V : 314,00 DH
Bayer S.A.



XARELTO 15 mg
Rivaroxaban
14 cps

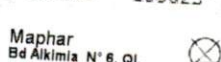
P.P.V : 314,00 DH
Bayer S.A.



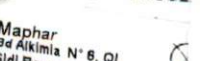
ALDACTONE 50MG20CPS
P.P.V : 56DH80

6 118001 170029

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V : 419,00 DH



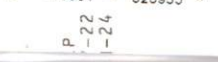
Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V : 419,00 DH



Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V : 419,00 DH



SYNTHEMEDIC
22 rue souheir benou al souam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
400/12µg par dose Pdre pnh
Flacon de 60 doses
105/14 DMP 21/10 Q du P.P.V : 297,00 DH
6 118001 020935



SYNTHEMEDIC
22 rue souheir benou al souam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
400/12µg par dose Pdre pnh
Flacon de 60 doses
105/14 DMP 21/10 Q du P.P.V : 297,00 DH
6 118001 020935



SYNTHEMEDIC
22 rue souheir benou al souam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
400/12µg par dose Pdre pnh
Flacon de 60 doses
105/14 DMP 21/10 Q du P.P.V : 297,00 DH
6 118001 020935



Rue Abou Salt Andaloussi (Pres 6 118001 090778)

Casablanca 0522253600 - Fax : 0522253601 - Mobile : 066132

Patente : 35760852 - Mail : ahmedhennis7@gmail.com

BELAMINE EL HABIB

Né(e) le 01.01.1940
Age 82 ans
Sexe Masculin
Taille cm
Poids kg
Origine
PA 131/65 mmHg
Remarque

FC 71 /min

Intervalles

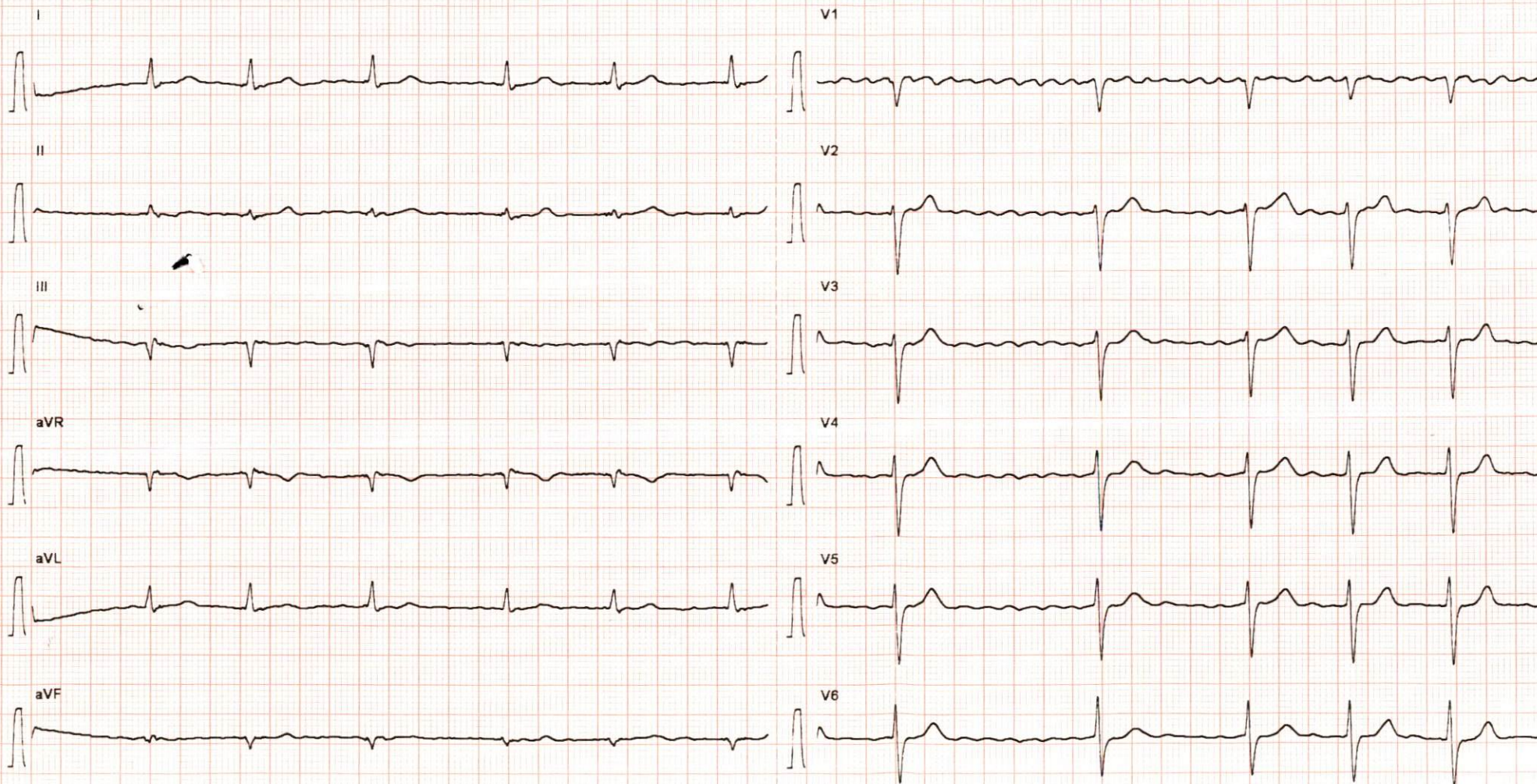
RR 846 ms
P - ms
PR - ms
QRS 86 ms
QT 362 ms
QTc 398 ms
(Bazett)

Axes

P - °
QRS -26 °
T 6 °

P (II) - mV
S (V1) - mV
R (V5) 0.55 mV
Sokol. 1.92 mV

Interprétation: FIBRILLATION AURICULAIRE, POSITION GAUCHE, ECG
MICROVOLTE EN DERIVATIONS STANDARD, QRS(T) MODIFIE.,
INFARCTUS INFER., PROBABLEMENT ANCIEN
R16 02 Rapport non confirmé



10 mm/mV 25 mm/s

10 mm/mV 25 mm/s