

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

- Reclamation : 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° P19- 0045395

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0492 Société : RAM 150450
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Joti Naïma
Date de naissance : 3.3.41
Adresse : 109 Rue Lalla Haya Hay Salam
Tél. : 065360884 Total des frais engagés : 250+1213,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/02/23
Nom et prénom du malade : GUESSOUS JOTI Naïma Age: 81

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

Nature de la maladie : HTA

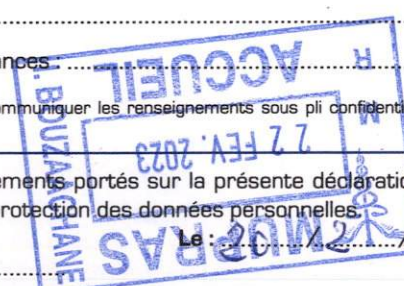
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Cas Le : 16/02/23

Signature de l'adhérent(e) : Guessous



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
16/2/23	ECG	16	2800	<i>[Signature]</i> Dr. Abdelmoumen - Casablanca Tél: 0522 86 36 87

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i> Pharmacie MILAD Dr. Samira Abderrahmane 283 Bd. Sidi Abderrahmane Hay Salam - C.I.L. INPE: 092042654	16/2/23	121360

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

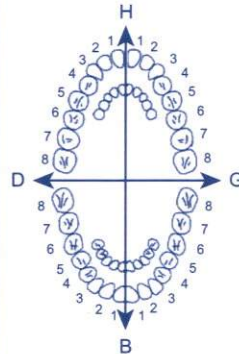
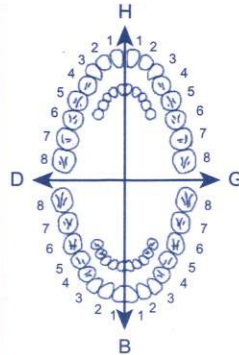
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, 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 COEFFICIENT 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>		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																
	[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

- Ancien attaché au service de cardiologie au CHU IBN ROCHD
- Ex Medecin Directeur du CHP MY YOUSSEF
- Ex Medecin Directeur du CHP EL HASSANI
- EX Medecin Directeur du CHP SIDI OTHMANE
- Consultation et exploration Cardio-Vasculaire



- ملحق سابق بقسم امراض القلب بالمستشفى الجامعي ابن رشد
- طبيب مدير سابق لمستشفى مولاي يوسف
- طبيب مدير سابق لمستشفى الحسن
- طبيب مدير سابق لمستشفى سيدي عثمان
- تشخيص و استكشاف امراض القلب و الشرايين

Casablanca le, 16/04/23

GUESSOUS JOTI

Naume

Regu pour sel

64.20
x 3

Ancien plus 50/18,8

277.0
x 3

Cade Aspr de 15-20

140.00
x 2

Cade 2 1 gels de

87.00
x 3

Relaxin 300 1 gels de

132.00
x 3

Eci dop 10 1 gels de

1213.00

Dr. HAFDI Nouredine
Cardiologue
445, K. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 0522.86.36.87

3 mes

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

LOT : 150
PER : 05/25
PPV : 64,20 DH

LOT : 153
PER : 05/25
PPV : 64,20 DH

LOT : 153
PER : 05/25
PPV : 64,20 DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

LOT: 211542
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

LOT: 211542
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

LOT: 220753
DLUO: 10/2025
87,00 DH

LOT: 220753
DLUO: 10/2025
87,00 DH

NT LOT: 220594
DLUO: 07/2025
87,00DH

LOT 22001
PER 01/24
PPV 132DH30

132DH30

132DH30

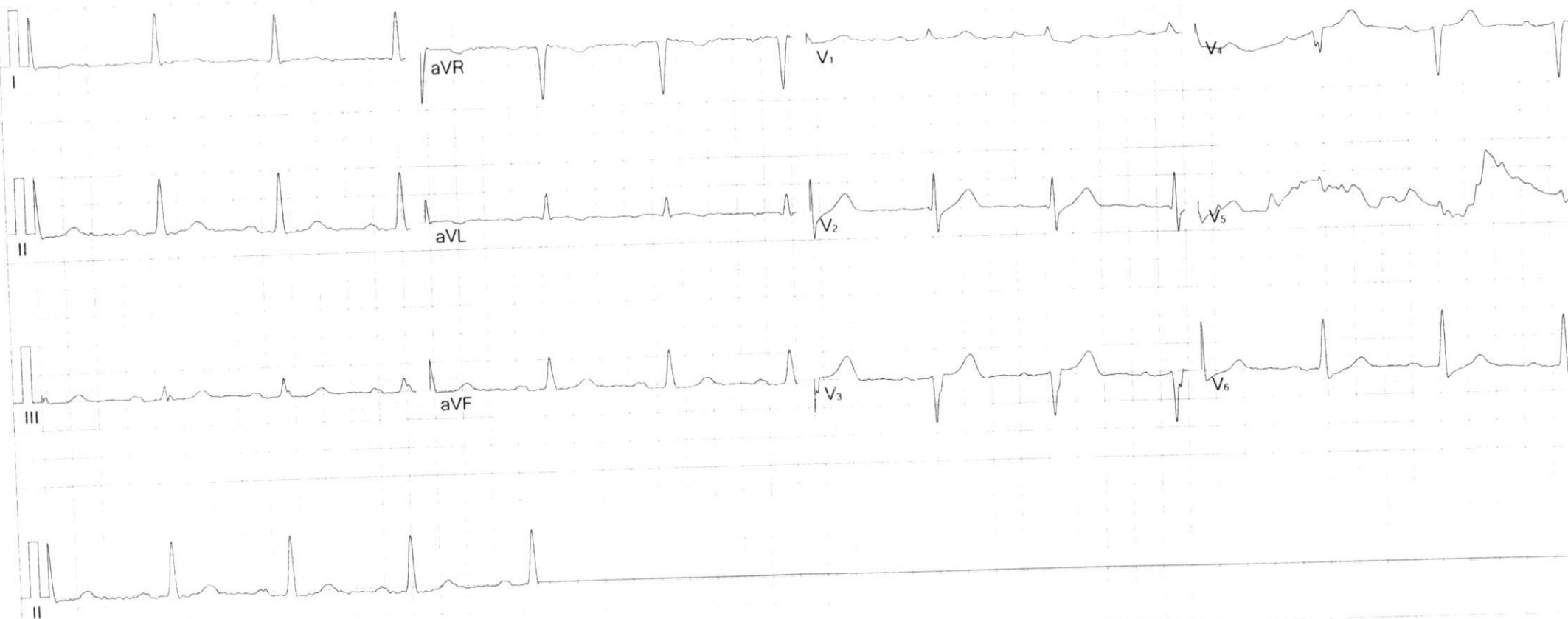
132DH30

ECG

Dr HAFDI Noureddine

NOM: GUESSUS JOTI NAIMA ID : Genre : Femme Age : 81 DOB : 01-01-1941 Date Test: 16-02-2023 14:20
Case #: Investigation #: Médecin Référent: Dr HAFDI Noureddine

10mm/mV 25mm/s



Fréquence :	1000 Hz	Interval. PQ :	213 ms
Durée ECG :	4 s	Interval. QT :	426 ms
FC :	69 bpm	Interval. QTc :	456 ms
Durée P :	111 ms	Axe P :	90.2°
Durée QRS :	92 ms	Axe QRS :	45.3°
Durée T :	304 ms	Axe T :	71.7°

Filtre Principal: On Filtre ADS: On

Build: 20100705

Imprimé: 16-02-2023 14:25:05

Suggestion :

Dr. HAFDI Noureddine
445, R. Abdelmoumen - Casablanca
Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél.: 0522.86.36.87

Signature Médecin: