

## 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° M21- 0014251

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3093 Société : Retraité  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :  
Nom & Prénom : M. MOUZOUNE Mohamed  
Date de naissance : 1946  
Adresse : Résidence EL VA DA, IMMI APT 105 RIZOU  
Tél : 0522397564 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/02/2023  
Nom et prénom du malade : MOUZOUNE ELKEBINA Age :

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 : Le 06/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
27/02/23	5 + 2		300.000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

27/02/23

588,60

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et 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

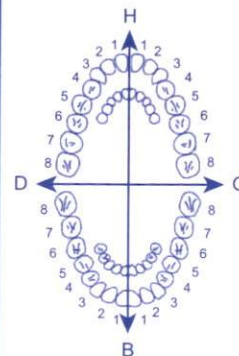
Coefficient

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

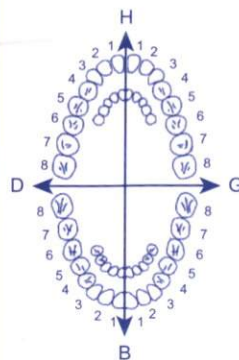
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور حسن الأيوبي  
Docteur AYOUBI HASSAN

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين وارتفاع الضغط  
والدورة الدموية - الفحص بالصدى والمولتير

Spécialiste des Maladies Cardio - Vasculaires  
Echodoppler Cardio - Vasculaire - Hôlter

27.02.2023

Houfoune ELKERDIA

98,10x6

- COSYREL 5mg/5mg

1x p/s + 3na

588.60

PHARMACIE LAYALI  
Lalla Sana CHOUBOUBA  
Docteur en Pharmacie  
Lot. LAYALI 2 N° 59 wenedi

Sur Rendez-vous

HORAIRE : 8h00 - 14h00

VENDREDI : 8h00 - 12h00

80. زنقة ابن رشد - برشيد - الهاتف : 05 22 32 65 84  
80, Rue Ibn Rochd - Berrechid - Tél : 05 22 32 65 84  
المستعجلات : 06 72 12 00 82

14011057



**COSYREL 5mg/5mg**  
30 comprimés pelliculés sécables  
PPV : 98,10 DH  
Servier Maroc - Casablanca

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترام الجرعات الموصوفة  
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
فقط بوصف الطبيب

14011057



**COSYREL 5mg/5mg**  
30 comprimés pelliculés sécables  
PPV : 98,10 DH  
Servier Maroc - Casablanca

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترام الجرعات الموصوفة  
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
فقط بوصف الطبيب

14011057



**COSYREL 5mg/5mg**  
30 comprimés pelliculés sécables  
PPV : 98,10 DH  
Servier Maroc - Casablanca

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترام الجرعات الموصوفة  
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
فقط بوصف الطبيب

14011057



**COSYREL 5mg/5mg**  
30 comprimés pelliculés sécables  
PPV : 98,10 DH  
Servier Maroc - Casablanca

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Servier Maroc - Casablanca  
PPV : 98,10 DH  
30 comprimés pelliculés sécables

**COSYREL 5mg/5mg**



14011057

14011057



**COSYREL 5mg/5mg**  
30 comprimés pelliculés sécables  
PPV : 98,10 DH  
Servier Maroc - Casablanca

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترام الجرعات الموصوفة  
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
فقط بوصف الطبيب



# ECG

Dr AYOUBI Hassan

80.rue ibn rochd berchid - Tél :0522326584

NOM:MOUZOUNE EL KEBIRA

ID :241/13

Genre :Femme

Age :60

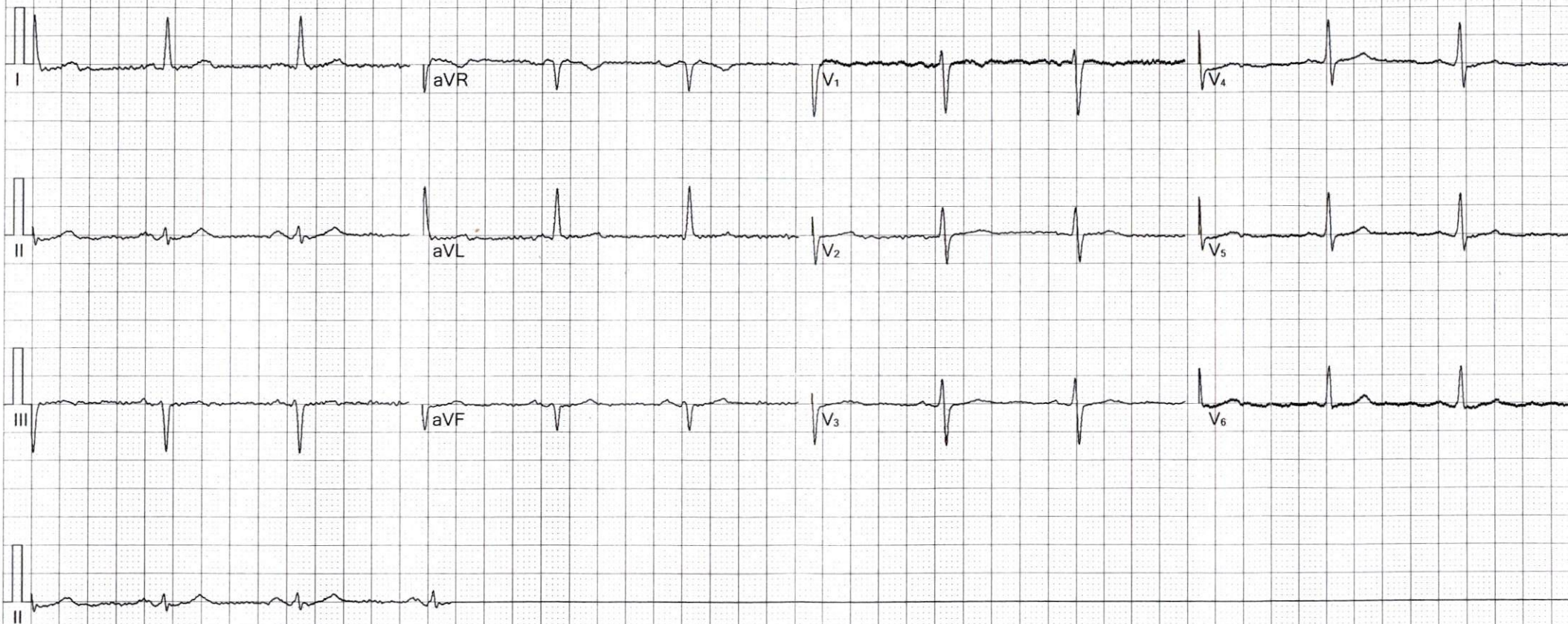
DDN :01-01-1953

Date Test :07-09-2022 10:06

Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr AYOUBI

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



Fréquence :	1000 Hz	Interval.QT :	492 ms
Durée ECG :	4 s	Interval.QTc :	504 ms
FC :	63 bpm	Axe P :	52.0°
Durée P :	191 ms	Axe QRS :	-36.5°
Durée QRS :	149 ms	Axe T :	48.4°
Durée T :	313 ms	RV5/SV1:	0.73/0.88mV
Interval.PQ :	215 ms	RV5+SV1:	1.61mV

Suggestion :

DR AYOUBI HASSAN  
CARDIOLOGUE  
80 Rue IBN ROCHD  
Berchid  
HT: 7 heures 30 min à 14h  
05 22 32 65 84  
Signature Médecin: