

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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- 067243

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2109 Société : Retraite  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : NAOUY Mohamed  
 Date de naissance : 1948  
 Adresse : 53 Bd Yehouli ben Barka Bourgogne  
 Casablanca  
 Tél. : 0661450376 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04 / 03 / 2023  
 Nom et prénom du malade : NAOUY Mohamed Age : 75 ans  
 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 : Casablanca Le : 04 / 03 / 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
04/03/2023	C-CC-5		3200,00	<p>Docteur HADJANI CARDIOLOGUE Iman Center Rue Arrachid Mier (Angle Av des FAR) - CASABLANCA</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE EL MANAR CASA S.A.R.L. A.U. 48, Avenue Mehdi Ben Bella Bourgogne CASABLANCA</p>	04/03/2023	3803,70

# 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 :

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																
			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



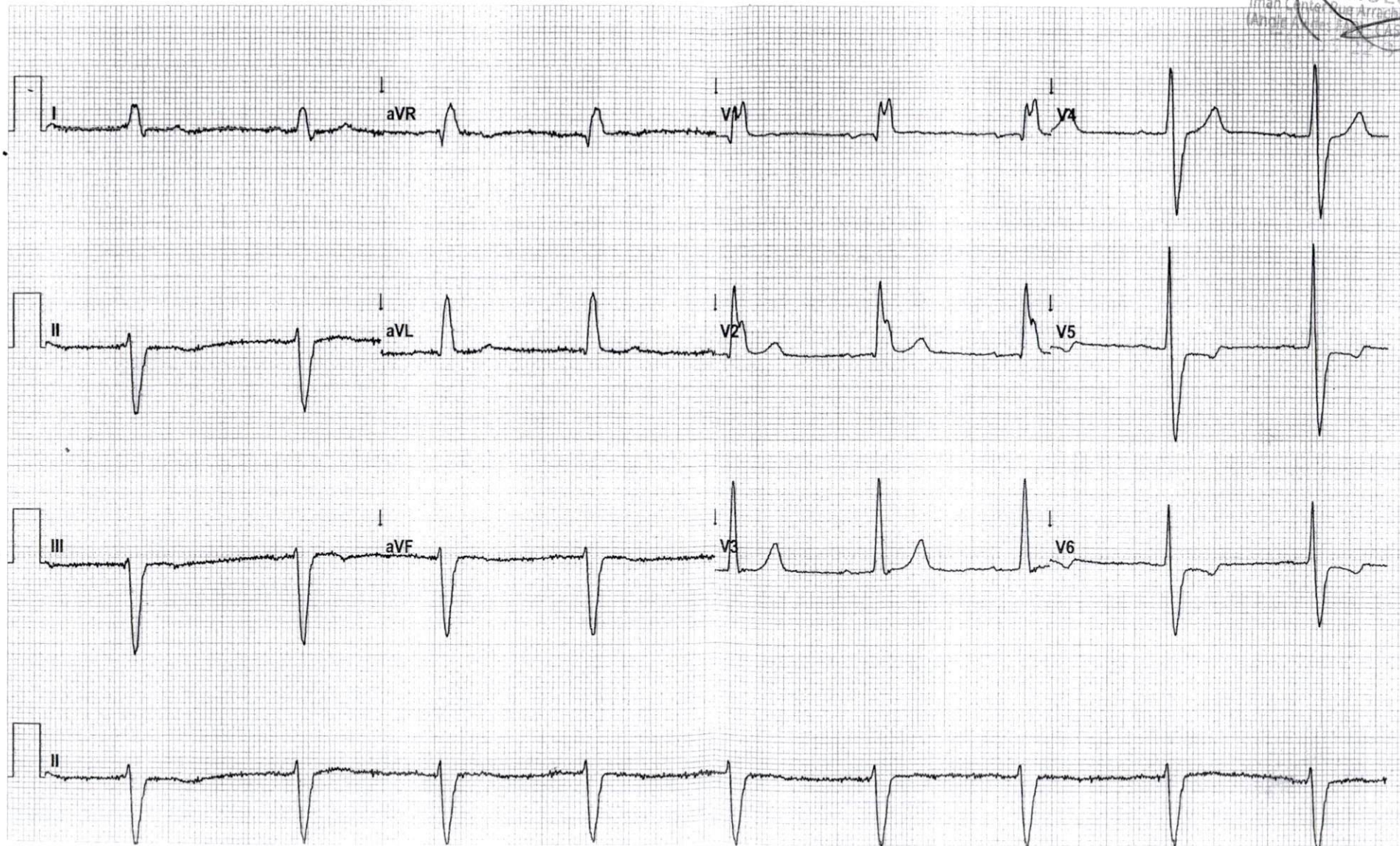
Nom: Naouy  
Prénom: Mohamed  
ID: 010098  
DDN: 01-Jan-1948  
Age: 75ans  
Sex: M  
Taille: 171cm PAS: 132mmHg  
Poids: 79kg PAD: 82mmHg

04-Mar-2023 11:51:09

Fréq.Card: 54 BPM  
Int PR: 214 ms  
Dur.QRS: 170 ms  
QT/QTc: 449 / 435 ms  
Axes P-R-T: -2 -78 -40  
Moy RR: 1102 ms  
QTcB: 427 ms  
QTcF: 434 ms

BRADYCARDIE SINUSALE AVEC BAV DU 1ER DEGRE  
BLOC DE BRANCHE DROIT COMPLET [QRS > +120ms, AXE QRS HYPERDROIT, ONDE S A +40ms EN  
D1/V4/V5/V6]  
HEMIBLOC ANTERIEUR GAUCHE [AXE QRS <= -45, QR EN D1, RS EN D2]  
INFARCTUS MYOCARDIQUE SEPTAL POSSIBLE [ONDE Q DE NECROSE DE 30 ms EN V1/V2],  
PROBABLEMENT ANCIEN  
PETITE ANOMALIE DE L'ONDE T POUVANT EVOQUER UNE ISCHEMIE LATERALE [T NEGATIVE DE 0,1+ mV EN  
D1/aVL/V5/V6]

Docteur KADI ANIS  
CARDIOLOGUE  
Iman Center des Arrêtés Méd Etg 7/12  
Ange 2012 CASABLANCA 2011  
22 53 10



117320581988

Site Zero

Site # 0 App.# 0 ELI Link 4.11.6.0 Séquence # 11603 25mm/s 10mm/mV 0.05-150 Hz W



# Docteur Kadi Anis

## CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de  
L'université d'état Lomonossov de Moscou

Ex-interne du Centre de Recherche  
Cardio-vasculaire Bakulev



### Cabinet d'Explorations Cardio-Vasculaire

Casablanca, Le 04/03/2023.

MR NAOUY MOHAMED

• Coplavix 75mg/100mg

1 comprimé, matin, après le petit déjeuner, pendant 3 mois

• Uperio 200 mg

1 comprimé, matin, soir, pendant 3 mois

• Cardensiel 2,5 mg

1.5 comprimé, matin, pendant 3 mois

• Tahor 20 mg

1 comprimé, soir, pendant 3 mois

UPERIO® 200 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boîte de 56.  
PPV : 810 DH



UPERIO® 200 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boîte de 56.  
PPV : 810 DH



EXP : 09 2025 P.P.V

LOT N° : 103 40  
GP 9 2 5 6

PHARMACIE EL MANAR  
CASA S.A.R.L. A.U.  
43, Avenue Mehdi Ben Barka Bourgogne  
CASABLANCA



EXP : 09 2025 P.P.V

LOT N° : 103 40  
GP 9 2 5 6

EXP : 09 2025 P.P.V

LOT N° : 103 40  
GP 9 2 5 6

الدكتور قاضي أنيس  
أمراض القلب و الشرايين

خريج كلية الطب بجامعة  
موسكو الحكومية لومونسوف

خريج مركز أبحاث القلب  
و الأوعية الدموية باكولف

الدار البيضاء  
Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH

(270,00 x 3)

(810,00 x 3)

(50,70 x 5)

(103,60 x 3)

Docteur KADI ANIS  
CARDIOLOGUE  
Iman Center - Casablanca  
(Angle Av des FAR - CASABLANCA 20700)  
Tél: 25 22 31 53 48

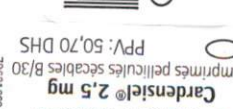
Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS



Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS



UPERIO® 200 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boîte de 56.  
PPV : 810 DH



Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS



Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS



TAHOR 20 mg  
28 comprimés pelliculés  
LOT N° : 103 40  
GP 9 2 5 6