

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

M22- 0050792

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1252 Société : RAM 159536
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : IMANE FATIMA JAFIR M'hamed
 Date de naissance : 01/01/1948
 Adresse : 19 Rue Kacem Amine Hay el Mouda Berrechid
 Tél : 06 99 45 06 64 Total des frais engagés : 2544,9 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : IMANE FATIMA Age: 73
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA Trouble du Rythme
 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 : Le :
 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
14/3/23	CS+ECG		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

14/03/23

2294,90

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 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

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 00000000 00000000 G
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

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD

Cardiologue Interventionnel

Cardiologue

Lauréat de la faculté de Médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Gheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheld Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II

د. خضر محمد فؤاد

أخصص القلب الناحلي

أخصص أمراض القلب والأشرايين

أخصص كلىة القلب بالقلب الأبيض

طبيب سابق بمستشفى الشيخ خليفة بالقلب الأبيض

طبيب سابق بمستشفى لودنشايد بألمانيا

أحصل على شهادة أخصص بالصدك من جامعة بورجو بفرنسا

Ordonnance

Berrechid, le :

BERRECHID LE 14 mars 2023

Mr. IMANE FATNA

REGIME PAUVRE EN SEL
SULIAT HCT 160/5/25 MG

1 Cp/J matin à jeun

DIVARIUS 20 MG

1 Cp/J matin

KARDEGIC 75MG

1 Sachet/J à midi

NEBILET 5MG

1/2 Cp - 0 - 1/2 Cp

ZOEGAS 20MG

1 gel/J le soir

REXABAN 15MG

1 Cp/J le soir

NOLIP 10MG

1 Cp/j le soir

ZYLORIC 200MG

1Cp/J le soir

LOT	2 2 2 1 8 7
EXP	0 6 2 0 2 6
PPV	3 1 . 3 0

Traitement pendant : 3 Mois

Pharmacie NASROLLAH
BERRECHID
Ol. Nasrollah N°327 - Berrechid
Tél.: 05 22 51 67 19

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
Cardiologue Interventionnel
CARDIOLOGUE
11 Bd Med V 1 Casablanca N°1 BERRECHID
Tél: 05 22 32 83 03 / 05 22 32 83 33

185,20

185,20

185,20

185,20

350,00

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

35,00

35,00

LOT : 22E008
PER : 09 2024
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

LOT : 22E007
PER : 06 2024
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés
PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés
PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés
PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés
PPV 87DH50

ECG

Dr KHADRE Mohamed Fouad

Nom imane fatna

Sex Female

Age 72

SN 0008993

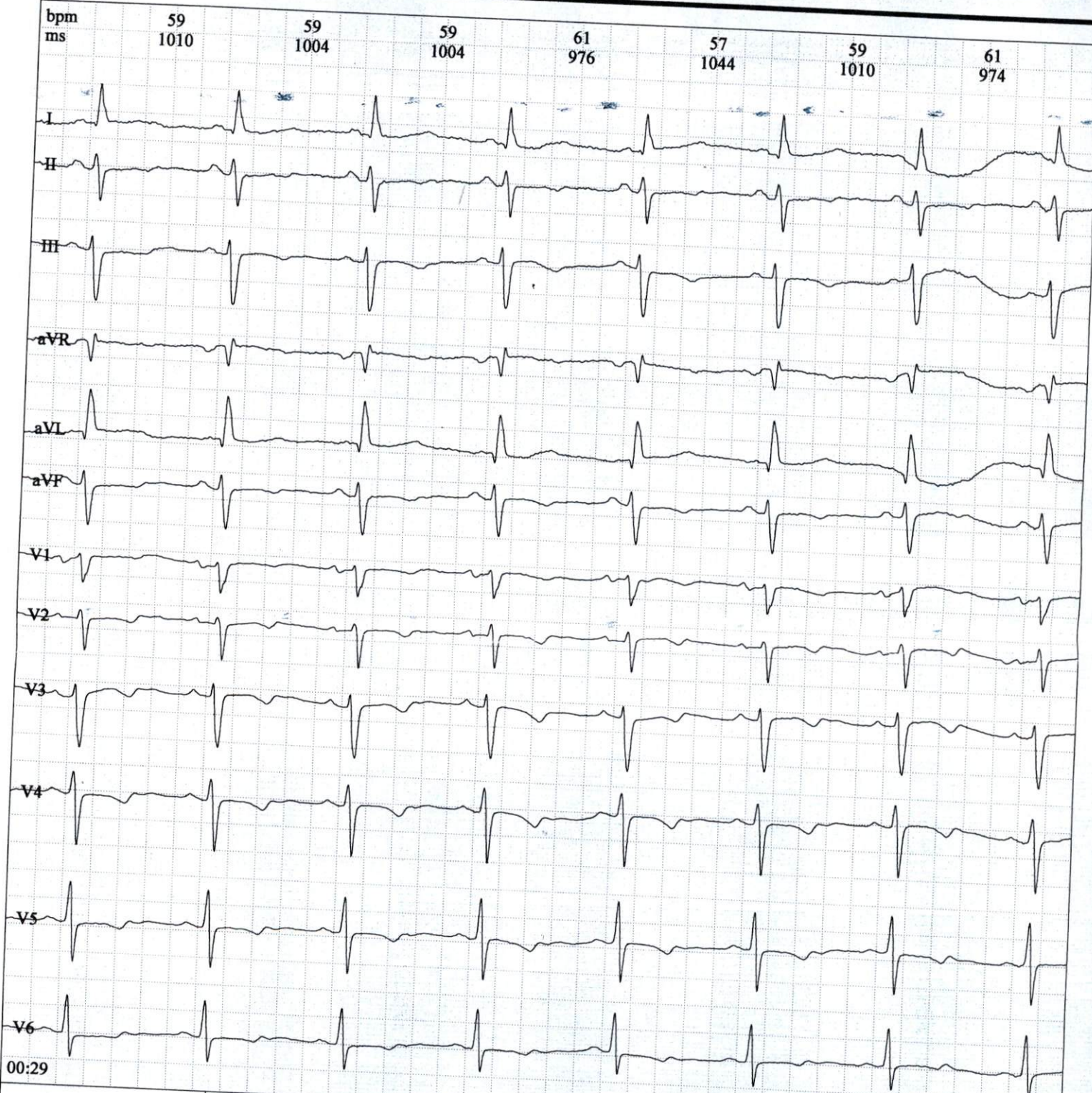
Case No.

Lit No.

Clinique N

Section

Date 03/14/2023



Frequency: 1000 Hz
Sample Time: 49 s
HR: 60 bpm
P Interval: 84 ms
QRS Interval: 142 ms
T Interval: 172 ms
PR Interval: 172 ms
QT Interval: 472 ms
QTc Interval: 471 ms
P Axis: 64.38°
QRS Axis: -51.43°
T Axis: -16.41°

Prompt:

25mm/s 10mm/mV

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
Cardiologist Interventional
11 Bd Med V / Rue du 23 Mars 22 32 83 33
Tel: 06 73 83 03 / 05 22 32 83 33

Signature Medecin :