

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° P19- 054658

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 749 Société : RAY
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : M^r SOUHAIL Abdallah
Date de naissance : 01/07/1934
Adresse : 11000 Rue Laklak Ferme
Bretnue CASABLANCA
Tél. : 0658926336 Total des frais engagés : 1081,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ghita BENHAYOUN
Spécialiste en pathologie cardiovasculaire
82, Rue Moussa Rhou Nussair 1^{er} Etage - Casa
Tél: 0522 260 250 Fax: 0522 28 20 14
GSM: 0661 43 05 60


Date de consultation : 08/05/2023
Nom et prénom du malade : Souhail Abdellah Age: 89
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Cardiopathie Ischemique
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 : 09/05/2023
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
08.05.2023	G+EC		350.10	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

 08/05/23 731.10

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

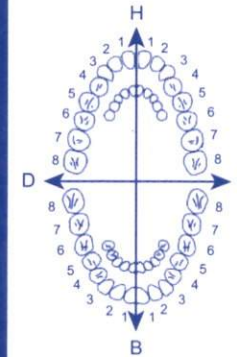
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

Dr. Ghita BENHAYOUN

Spécialiste en pathologie cardiovasculaire

D.I.U Echocardiographie

de la Faculté Victor Segalen Bordeaux II

D.U cardiologie pédiatrique

de la Faculté René Descartes Paris V



د. غيثة بن حيون

اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين

دبلوم الفحص بالصدى بكلية بوردو II

دبلوم أمراض القلب عند الأطفال بكلية باريس V

Le : 08/05/2023

M^r Souhail Abellah

صيدلية برجس
PHARMACIE NARJIS
131, Bd. Yacoub El Mansour
Tél : 05 22 25 00 74 / 05 22 00 30 95

M^r Le Bonis

3570x3
107.121

Kausagi 160
0 - 1 - 2

20800x3
62400
Tenormine 100
1 - 2 - 3

62400
Coveram 50
1 - 0 - 2

731.104
30 Cor 20
0 - 0 - 1

Dr Ghita BENHAYOUN
Cardiologue
82, Rue Moussa Ibnou Noussair
1^{er} Etage Casablanca
Tél : 05 22 25 00 74 - GSM : 06 61 43 05 60



LOT : 22E011
PER : 06 2024

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



LOT : 23E002
PER : 01 2025

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



LOT : 23E002
PER : 01 2025

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



☒ **valable 3 mois**

Le 02/05/2023

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

0522 26 02 50 - GSM: 0661 43 05 60
Saidi Abdelhak

Présente

Cardiopathie ischémique

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca


Dr Ghilayene
Cardiologue
02 Rue Moussa Brou Noussair
1er Etage - Casablanca
Tél: 0522 26 02 50 - GSM: 0661 43 05 60

Dr BENHAYOUN Ghita

Nom : SOUHAIL ABDELLELAKH 008681

Sex : Male

Case No. :

Age : 89Y

Lit No. :

Clinique N :

Date : 08/05/2023

Section :

Fréquence:

1000Hz

Temps d'écha

14s

FC:

68bpm

P Interval:

92ms

QRS Interval:

84 ms

T Interval:

211 ms

PR Interval:

185 ms

QT Interval:

390 ms

QTc Interval:

415 ms

P Axis:

69.60°b

QRS Axis:

-0.40°b

T Axis:

54.70°b

Prompt:

Risa' 68bpm.
Ane au pche
pas de sth
de eploisat

Signature Medecin :

ECG



AC IIR 50Hz/DFT/EMG

25mm/s 10mm/mV 00:00