

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° W21-697041

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2286 Société : RAM.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LAHLOU RACHID / 60486
 Date de naissance : 01/01/1956.
 Adresse : 67 LA COCCINE 2 N 10 CALIFORNIE
 Tél. : 0661159849 Total des frais engagés : 1594,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 18/04/2023
 Nom et prénom du malade : Lahlou Rachid Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Cardiopathie ischémique
 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 : 10/05/23
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
18.04.23	C	Dr. HIND EL FILALI ADIL Cardiologue Cardiologue Interventive	300.00	INPE: 091169456
		11606 MOUSSA Youssef M. IDRISS 2006 Etage N°4 CASABLANCA		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE ALI SARL ALI Centre Commercial - Casablanca RC N°: 361421 0522 21.90.07</p>	18/04/23	294.60
INPE.092011022		

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

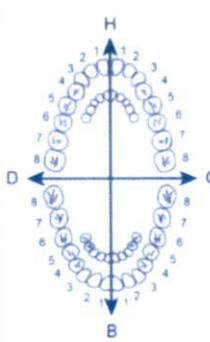
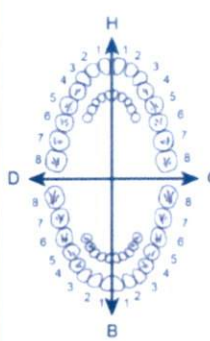
[illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr Hind EL FILALI ADIB

Cardiologue
Cardiologie Interventionnelle
Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque
Réadaptation cardiaque

الدكتورة هند الفيلالي أديب

أخصائية في أمراض القلب و الشرايين
أخصائية في قسطرة أمراض القلب و الشرايين
خريجة كلية الطب ببوردو

فحص القلب بالصدى - اختبار الجهد
إعادة التأهيل القلبي

18 avril 2023

LAHLOU RACHID

COVERSYL 5 mg , Comprimé pelliculé sécable

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois
LE MATIN

LIPANTHYL 200 mg , Gélule

1 gélule par jour, pendant 3 Mois
LE SOIR

ZYLORIC 200mg Comprimé

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois
LE SOIR

GARDENSIEL 5mg, Comprimé pelliculé sécable

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois
LE SOIR

VASTAREL 80MG

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois
LE MATIN

CARDIOASPIRINE 100mg , Comprimé

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois
LE MIDI

REGIME PAUVRE EN SEL

PHARMACIE ARIJ
Route 1029 Ouled el Aïch, Casablanca
Tél : 0522 21.90.07

Dr. Hind EL FILALI ADIB
Cardiologue
Cardiologie Interventionnelle
120, Bd. My Idriss 1er - Résidence My Idriss
2ème étage - N° 4 CASABLANCA
Tél : 0522 86 20 74 - Fax : 0522 86 20 76
Mme : 0522 86 20 76

LOT 222632
EXP 08 2026
PPV 31.30

ZVLORIC 200 mg
Boîte de 20 comprimés
A.M.M. N° 62 DM/12/14/TT
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO



6 118000 022244

112,10

VASTAREL® 80_{mg}

Dichlorhydrate de trimétazidine
Gélule à libération prolongée



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

x3 (GGD)

=> x3 GGD

Exp.:
Lot:
Fab:

06/2027
G01MU2
07/2022

92,100

=> x3 GGD

COVERSYL®

Pirindopril arginine
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**



6 118000 100294

LOT N°: 32656
FAB: NOV2021
OCT2024

حصة رقم
صنع في
صالح إلى

Laboratoires Maphar
Km 10, route côtière 111,
quartier industriel Zenata
Ain Sebaâ - Casablanca - Maroc
LIPANTHYL® 200 mg Gel B30
P.P.V. : 99,5 DH



6 118001 181629

=> x3 GGD

MFD

BT13EA2 04 2020
04 2025

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

(B)

MFD

BT13EA2 04 2020
04 2025

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

(B)

MFD

BT13EA2 04 2020
04 2025

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

ID:
DDN:
Homme ,Inconnu
Méd.:
Site:
Médecin traitant:
Notes:

16/04/2023 11:58.47

FC: 59 BPM
Int PR: 201 ms
Durée QRS: 98 ms
QT/QTc: 395/395 ms
Axes P-R-T: 37 -36 50
RR Moy: 1005 ms
QTcB: 394 ms
QTcF: 394 ms

RAPPORT NON CONFIRM
Revu par:

Signé par:
Date:

