

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 A 60486

Date de naissance : 01/01/1956.

Adresse : LOT LA COCCINE 2 N 10 CALIFORNIE

Tél. : 0661159849

Total des frais engagés : 1594,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hind EL MALALADJ
Cardiologue Interventionnelle
120, Bd. My Idnes 1er- Résidence My Idnes 3
2ème Etage - N° 4 CASABLANCA
Tél : 0522 86 20 74 - Fax : 0522 86 20 78
ICE : 001625537000091

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) :

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	C5	Dr. F. EL ALIADIE Cardiologue Cardiologie Interventionnelle 12, Bd. Mohammed VI - Résidence My Idées 3 2046 Etage - 4 CASABLANCA Tél: 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20 76 ICE : 0016253370000000	300,00	INP : 091169456

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALCA SARL AVI Rue 22-24-26 Ave. Catherine - Casablanca RC N°: 561421 Tél: 0522 21.90.07	18/04/23	294,60
		INPE.092011022

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	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																								
	<table> <tr> <td colspan="2">H</td><td></td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td colspan="2">B</td><td></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																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



Cardiologie
Cardiologie Interventionnelle

أمراض القلب والشرابين
قسطرة أمراض القلب والشرابين

Dr Hind EL FILALI ADIB

Cardiologue

Cardiologue Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort, Echographie cardiaque

Readaptation cardiaque

الدكتورة هند الفيلالي أديب

أخصائية في أمراض القلب والشرابين

أخصائية في قسطرة أمراض القلب والشرابين

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 1023 Casablanca
Tél : 0522 21.90.07

Dr. Hind EL FILALI ADIB
Cardiologue
Cardiologue Interventionnelle
120, Bd. Moulay Idriss 1er - Résidence Moulay Idriss
2ème étage - Casablanca
Tél : 0522 86 20 74 - Fax : 0522 86 20 76
ICE : 001625537000091

120, Boulevard Moulay Idriss 1er.

Résidence Moulay Idriss.

2ème étage.

Casablanca

Tél : 05 22 86 20 74

- Fax : 05 22 86 20 76

Urgences : 06 36 13 68 01

E-mail : hindelfilali@hotmail.com

IF : 15178160

T.P : 36331592

ICE : 001625537000091

INPE : 091169466

Tel : 0522.86.20.60

LOT 222632
EXP 08 2026
PPV 31.30

ZYLORIC 200 mg

Boîte de 28 comprimés

A.M.M. N° 82 DMPI/INTT

SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



6 118000 022244

112,10

VASTAREL® 80mg

Dichlorhydrate de trimétazidine

Gélule à libération prolongée



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

7862160239

Exp.:
Lot:
Fab.:

06/2027
G01MU2
07/2022

X3 (G&D)

=> X3 G&D

92100

=> X3 G&D

COVERSYL®

Péridopril 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 G&D

MFD

BT13EA2 04 2020
04 2025

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

MFD

BT13EA2 04 2020
04 2025

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

MFD

BT13EA2 04 2020
04 2025

Cardioaspirine 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:

