

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

N° W21-697041

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	2296	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	RAM.
Nom & Prénom : LATHLOU 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			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cardiologue	Cardiologue Interventionnelle
Dr Hind EL FALAHIE		
Cardiologue Interventionnelle		
120, Bd. My Idris 1er - Résidence My Idris 3		
2ème Etage - N° 4 CASABLANCA		
Tel: 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20 75		
ICE : 001625537000091		
Date de consultation :	18/04/2023	Age:
Nom et prénom du malade :	Lathlu Rachid	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
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 : 10/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/05/2023

## RELEVE 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	CS DR. MHD EL HILALI ADIB Cardiologue Cardiologie Interventionnelle 124, Bd. My Idriss 1er - Résidence My Idriss 20000 Etage N° 4 CASABLANCA Tél: 0522 26 20 74 - 0522 80 20 73	300,00		INP NPE: 091169465

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: right; transform: rotate(-45deg);"><b>MACIZ SARL AL</b> 1244 Chemin Casablanca RC N° 361421 05222190.07</p>	18/01/23	1294.60

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE 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	INP : <input type="text"/>																				
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																				
				Montants des soins <input type="text"/>																				
				Début d'exécution <input type="text"/>																				
				Fin d'exécution <input type="text"/>																				
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																							
	<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 colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td colspan="2">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		G		35533411		11433553		B				Coefficient des travaux <input type="text"/>
H																								
25533412	21433552																							
00000000	00000000																							
D																								
00000000		G																						
35533411		11433553																						
B																								
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins <input type="text"/>																				
D				Date du devis <input type="text"/>																				
				Date de l'exécution <input type="text"/>																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

اختصاصية في قسطرة أمراض القلب والشرايين

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

S.V

### LIPANTHYL 200 mg , Gélule

1 gélule par jour, pendant 3 Mois

LE SOIR

S.V

### ZYLORIC 200mg Comprimé

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois

LE SOIR

### CARDENSIEL 5mg, Comprimé pelliculé sécable

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois

LE SOIR

S.V

### VASTAREL 80MG

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois

LE MATIN

S.V

### CARDIOASPIRINE 100mg , Comprimé

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois

LE MIDI

S.V

REGIME PAUVRE EN SEL

Tegesu.60

PHARMACIE ARJU  
Route 1028 Casablanca 1021  
Tel: 0522 21.90.07

Dr. Hind EL FILALI ADIB  
Cardiologue  
Cardiologue Interventionnelle  
120, Bd. M. Idriss 1er- Résidence My Idriss  
Zéhara El Jadida - N° 4 CASABLANCA  
Tél: 0522 86 20 74 - Fax: 0521 86 20 76  
M: 0622 25 53 70000891

LOT 222632  
EXP 08 2026  
P.P.V 31,30 X

112,10

ZYLORIC 200 mg  
Boîte de 28 comprimés  
A.M.M. N° 62 DMP/2/INTT  
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO



6 118000 022244

VASTAREL® 80 mg

Dichlorhydrate de trimétazidine  
Gélule à libération prolongée

X3 (GED)

Exp.:  
Lot:  
Fab.:

06/2027  
G01MUZ  
07/2022

6 118001 100873  
Cardensiel® 5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 58,10 DH

7862160239

⇒ X3 GED

92 100

⇒ X3 GED

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 GED

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

-----

10/04/2023 11:58:47

ID:

DDN:

Homme ,Inconnu

Méd.:

Site:

Médecin traitant:

Notes:

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:

*[Handwritten signature]*

