

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.



Déclaration de Maladie

N° M20- 0002192

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 773 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AZEM MOHAMED
Date de naissance : 1947
Adresse : 44 rue 18 Janina S.C.D. CASABLANCA
Tél. : 0661627262 Total des frais engagés : 2592,44 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. JARDANEH HASSAN
CARDIOLOGUE
N°P: 091080481

Date de consultation : 25/05/2023
Nom et prénom du malade : Azem Amara Age : 77
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA, AC/PA
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 : 26 / 05 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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.

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

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
25/05/2023	g d scc	K6	=300= 216	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

25/5/23

2292,216

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

A M

P C

I M

I V

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 :

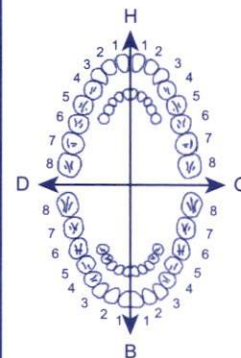
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

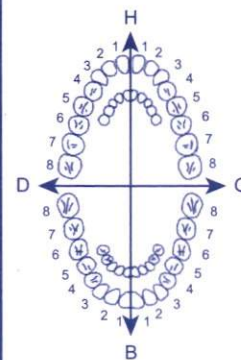
FIN
D'EXECUTION

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

عيادة أمراض القلب والشرابين والضغط الدموي

Docteur JARDANEH Hassan
CARDIOLOGUE

Spécialiste des Maladies du Cœur
des Vaisseaux et de l'Hypertension Artérielle

Diplômé de la Faculté de Médecine de Casablanca
et de Bruxelles - Belgique

Ancien Attaché des Hopitaux de Bruxelles
Echo - Doppler Couleur Cardiaque

الدكتور حسن جرولانه
اختصاصي

أمراض القلب والشرابين والضغط الدموي

خريج كلية الطب بكان - فرنسا

وبروكسيل بلجيكا

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات بروكسيل

فحص القلب بالموجي بالألوان

Casablanca, le :

25/05/2027

Agem Amira

Coversyl sup

19/5

Xarelto 15 sup

19/5

Takor 10 sup

19/5

Digoune

19/5

(9200x3) 3 mois

(90900x2) 3 mois

(ou Stansorm 107) 3 mois

(578x3) 3 mois

(6/7) 3 mois

6 118001 040117 9
DIGOXINE 0.25 mg
30 comprimés
BOTTUS A.
P.V. 25 DH 00

XARELTO 15 mg
Rivaroxaban
42 cps
P.P.V : 909,00 DH
Bayer S.A.

6 118001 090785

XARELTO 15 mg
Rivaroxaban
42 cps
P.P.V : 909,00 DH
Bayer S.A.

6 118001 090785

Pharmacie BENMOUNESSA
30 VA COT DUA EI HALLI
730119 3 - CITE D'ELW
191 : 0255 31 38 01 - CV2ABGIMCA

92,60

92,00

92,00

92,00

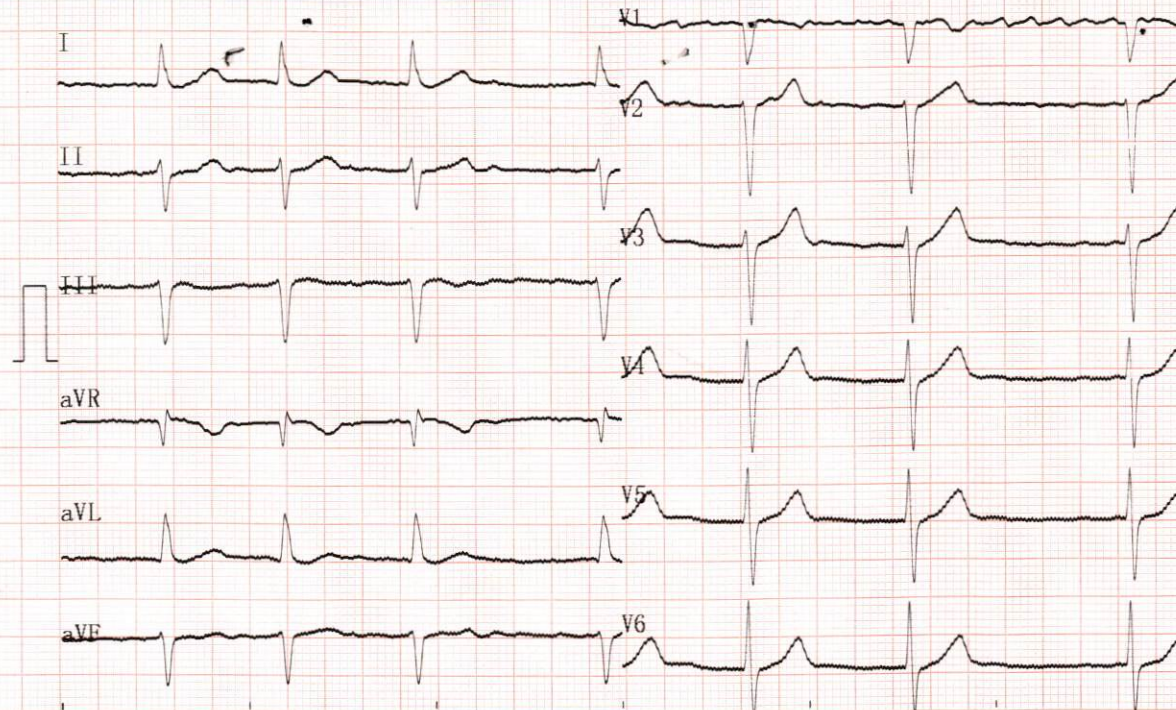
92,60

92,60

Pharmacie BENMOUNESSA
30 VA COT DUA EI HALLI
730119 3 - CITE D'ELW
191 : 0255 31 38 01 - CV2ABGIMCA

10mm/mV

10mm/mV



Patient Name:

ID: 230525015

Sex:

Age:

D.O.B:

Height: cm

Weight: kg

BP: mmHg

Medication history:

Illness symptom:

Illness history:

Application:

Department:

HR Rate

67 bpm

PR Interval

*** ms

QRS Duration

83 ms

QT/QTc Interval

390/412 ms

P/QRS/T Axis

***/-47/29

RV5/SV1 Voltage

0.69/0.51 mV

RV5+SV1 Voltage

1.20 mV

+++++ Analyse result +++++

8210 Atrial fibrillation

22 Abnormal left axis deviation

1013 ** Abnormal rhythm ECG **

Median-value beat:

