

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

M22- 0010127

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0444 / Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DIABE Driss
 Date de naissance : 01.01.1944
 Adresse : J. Salama Rue J. Taha 3. N° 7
 Tél. : 06.11.18.04.45 Total des frais engagés : 1639,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 15/05/2023
 Nom et prénom du malade : DIABE Zahra Age : 73
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 29/05/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

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

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
15-05-2023			300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

PHARMACIE IKHLAS
Dr. Mohamed BENNARI
136, Rue El Ouannane,
Hay Mohammadi 22 60 07 19

11/05/2023 1339,10

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

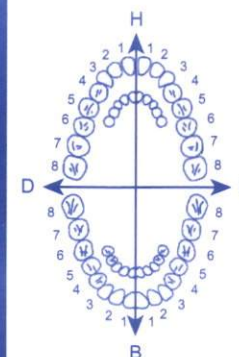
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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
----------------	------------------	-------------



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

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou
CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Madame DIAB Zohra

Casablanca le 15/05/2023

1- ZYLORIC 100:
1 CP PAR JOUR SANS ARRET

2- EXFORGEHCT 5 MG/160 MG: 12.5 MG
1 PAR JOUR SANS ARRET

3- ATENOR 100 MG:
1 CP PAR JOUR LE MATIN SANS ARRET

PHARMACIE IKHLAS

Dr. A. 136, Hay M. 19
6118001030989
EXFORGE HCT 5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 286.00 DH

6118001030989
EXFORGE HCT 5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 286.00 DH

6118001030989
EXFORGE HCT 5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 286.00 DH

6118001030989
EXFORGE HCT 5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 286.00 DH

LOT: 234001V
PER: 02/2026
RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V: 53DH10
6 118006 060833

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Méd. Abdou - Casa
05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

ECG

Dr EL MAKHLOUF Ali

NOM: ZOHRA DIAB

ID :

Genre : Femme

Age : 72

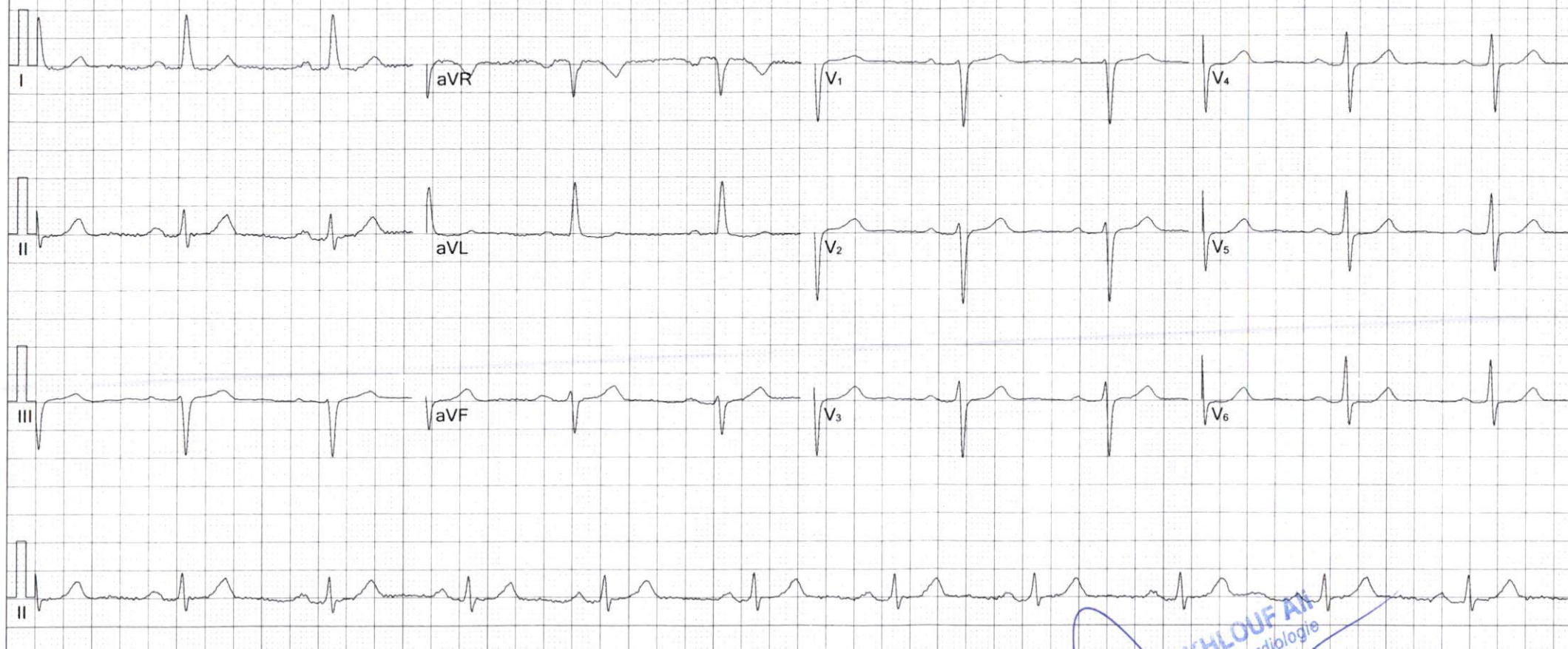
DDN : 01-01-1951

Date Test : 15-05-2023 14:19

Case # : Investigation # : Médecin Référent :

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal: On Filtre ADS: On



Fréquence :	1000 Hz	Interval.QT :	432 ms
Durée ECG :	18 s	Interval.QTc :	439 ms
FC :	62 bpm	Axe P :	55.5°
Durée P :	139 ms	Axe QRS :	-13.5°
Durée QRS :	99 ms	Axe T :	61.3°
Durée T :	303 ms	RV5/SV1:	0.69/1.02mV
Interval.PQ :	219 ms	RV5+SV1:	1.71mV

TA: 131/71

Suggestion :

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Méd. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 29 81 55 / 59 - 05 22 47 26 89

Signature Médecin: