

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

M22- N° 003952

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **165876** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8193** Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **Rhoulam Rita**
Date de naissance : **01.07.1974**
Adresse : **Tiemassess de boustouza imm 40 apt 1 ville verte**
Tél. : **0661334214** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : **09 / 05 / 2023**
Nom et prénom du malade : **Rhoulam Rita** Age : **49 ans**
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : **Douleur thoracique**
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 : **09/05/2023**
Signature de l'adhérent(e) :

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
09/05/23	1226	300		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 MOULAKHLA PHARMA Tél: 05 22 59 09 97 / 06 66 74 74 62	09/05/23	102,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

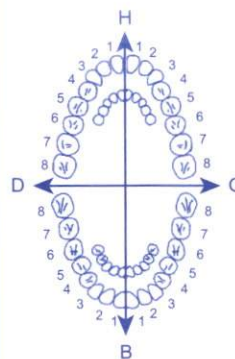
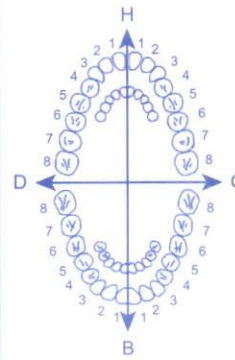
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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															
				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 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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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



Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le :

CASA , Le 09/05/2023

Mme RITA RHOLAM

50,70 x 3

1) CARDENSIEL 2.5 MG BT/ 30 CP

Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

2) VITANEVRIL FORTE DRAGEES B/30

Prendre 1 comprimé le matin, à midi et le soir, au cours du repas, pendant 1 mois

3) LYRICA 75 MG BT/ 56 CP

Prendre 1 comprimé le matin et le soir, pendant 1 mois

T = 152,10



Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies
Cardiovasculaires
98 Rue Kadi Iass Maarif - Casablanca
Tel : 05 22 25 36 90

pharmacie
NAKHLA PHARMA
Tel : 05 22 59 09 97 / 06 65 74 74 62

RHOLAM RITA

FC 57 /min

Interprétation: RYTHME SINUSAL, ECG NORMAL

RI6.02

Rapport non confirmé

Né(e) le 01.07.1974
Age 48 ans
Sexe Féminin
Taille cm
Poids kg
Origine
PA
Remarque

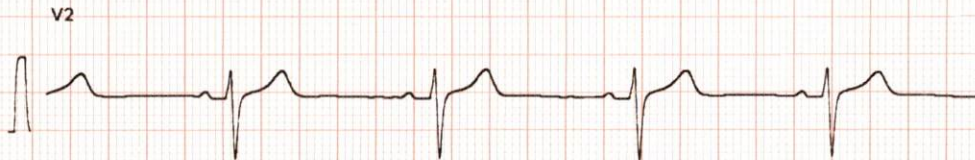
Intervalles

RR 1048 ms
P 102 ms
PR 144 ms
QRS 80 ms
QT 394 ms
QTc 386 ms
(Bazett)

Axes

P 14 °
QRS 19 °
T 16 °

P (II) 0.07 mV
S (V1) -1.02 mV
R (V5) 0.71 mV
Sokol. 1.86 mV



10 mm/mV 25 mm/s

10 mm/mV 25 mm/s

CARDENSIEL est habituellement utilisé par le code d'identification

6 118001 100859



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246



et en médecine interne.

2,5 mg, 5 mg, et 10 mg).
ées (PVC/Aluminium).

cœur
cœur
cœur
rond

Forme du comprimé

lulose microcristalline, amidon de maïs, hydrogénéphosphate de calcium anhydre,
gol 400, dioxyde de titane (E171), hypromellose.

able

lulose microcristalline, amidon de maïs, hydrogénéphosphate de calcium anhydre,
e (E 171), hypromellose.

ble

idon de maïs, cellulose microcristalline, hydrogénéphosphate de calcium anhydre.

able

, amidon de maïs prégelatinisé, cellulose microcristalline, hydrogénéphosphate

énagères. Demandez à votre pharmacien ce qu'il faut faire des médicaments

sant pas + 25°C
pas + 30°C

tes thermométrées après la mention « EXP ». le date d'expiration fait référence

CARDENSIEL est habituellement utilisé par le code d'identification

6 118001 100859



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246



et en médecine interne.

2,5 mg, 5 mg, et 10 mg).
ées (PVC/Aluminium).

coeur
coeur
coeur
rond

Forme du comprimé

lulose microcristalline, amidon de maïs, hydrogénophosphate de calcium anhydre,
gol 400, dioxyde de titane (E171), hypromellose.

able

lulose microcristalline, amidon de maïs, hydrogénophosphate de calcium anhydre,
e (E 171), hypromellose.

ble

idon de maïs, cellulose microcristalline, hydrogénophosphate de calcium anhydre.

able

, amidon de maïs prégelatinisé, cellulose microcristalline, hydrogénophosphate

énagères. Demandez à votre pharmacien ce qu'il faut faire des médicaments

sant pas + 25°C
pas + 30°C

tes thermométrées après la mention « EXP ». le date d'expiration fait référence

CARDENSIEL est habituellement utilisé par le code d'identification

6 118001 100859



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246



et en médecine interne.

2,5 mg, 5 mg, et 10 mg).
ées (PVC/Aluminium).

coeur
coeur
coeur
rond

Forme du comprimé

lulose microcristalline, amidon de maïs, hydrogénéphosphate de calcium anhydre,
gol 400, dioxyde de titane (E171), hypromellose.

able

lulose microcristalline, amidon de maïs, hydrogénéphosphate de calcium anhydre,
e (E 171), hypromellose.

ble

idon de maïs, cellulose microcristalline, hydrogénéphosphate de calcium anhydre.

able

, amidon de maïs prégelatinisé, cellulose microcristalline, hydrogénéphosphate

énagères. Demandez à votre pharmacien ce qu'il faut faire des médicaments

sant pas + 25°C
pas + 30°C

tes thermométrées après la mention « EXP ». le date d'expiration fait référence