

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.

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- 0024434

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1276 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NOUGATI EL MOSTAFA

Date de naissance : 07/04/1953

Adresse :

Tél. : 0669 50 5825 Total des frais engagés : 1773,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Saad SOULAM
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mohammed El Maâni
Casablanca

Date de consultation : 12/06/2023

Nom et prénom du malade : Nougati El Mostafa Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA et Infirmité

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 : 12/06/2023

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
06/06/23	3	1	1000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/06/23	137360

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

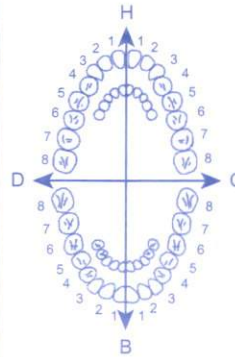
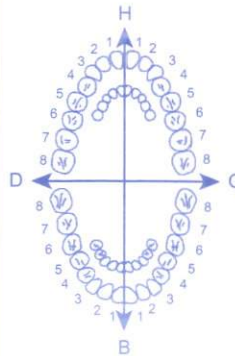
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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>		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

Docteur Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie

الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50

Cœur et des vaisseaux
Médecine de Paris

P.P.V : 41DH80



القلب و الاوعية الدموية
أريش
الدوليمر بالالوان

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V : 27,70 DH

Bayer S.A.



P.P.V : 27,70 DH

Bayer S.A.



P.P.V : 27,70 DH

Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V : 27,70 DH

Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V : 27,70 DH

Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V : 27,70 DH

Bayer S.A.

Patient :

Casablanca, le

166,20

6 x 27,70

Traitement de
Trois (03) Mois

Cardioaspirine

425,00

3 x 140,00

50 = 1/2

Angine

455,00

1 x 455,00

Statibol

125,40

3 x 41,80

1/2

Arloco

147,00

1/2

1/2

Pi

3 x 49,00

121,20

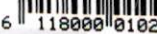
1/2

1/2

AVLOCARDYL 40MG

CP SEC B50

P.P.V : 41DH80



RDYL 40MG

B50

41DH80



LOT : 2842
PER : 03 - 25
P.P.V : 49 DH 00

LOT : 2842
PER : 03 - 25
P.P.V : 49 DH 00

LOT : 6982
UT. AV : 01-24
P.P.V : 49 DH 00

LOT : 299
PER : DEC 2025
PPV : 140 DH 00
LOT : 299
PER : DEC 2025
PPV : 140 DH 00
LOT : 299
PER : DEC 2025
PPV : 140 DH 00

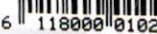
91,00
91,00
91,00
91,00
91,00
91,00

LOT : 22E008

AVLOCARDYL 40MG

CP SEC B50

P.P.V : 41DH80



RDYL 40MG

B50

41DH80



R = 131360

LOT: M0651
EXP: 05 2025
PPV: 60.00 DH

137360
137360



Dr Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Maâni
Tél.: 22.18.84/26.13.36 - CASA

Last: NOUQATI
First: EL MOSTAFA
ID: 3561
DOB: 17/06/2004
Age: 0yr
Sex: M

12-Jun-2023 16:38:25

Vent rate: 69 BPM
PR int: 192 ms
QRS dur: 76 ms
QT/QTc: 388 / 406 ms
P-R-T axes: 51 -11 24

RYTHME SINUSAL AVEC ARYTHMIE SINUSALE
MICROVOLTAGE DU QRS DANS LES DERIVATIONS PRECORDIALES
ECG ATYPIQUE
ATTENTION: LA QUALITE DES DONNEES PEUT INFLUENCER L'INTERPRETATION

Revu par _____



Site Zero

Site # 0 Cart # 0 ELI Link 4.11.6.0 Sequence # 63953 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz