

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- 0013222

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9033 Société : R.A.M.

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RAHLI Mouhssine

Date de naissance : 03/03/1972

Adresse : mphil@royalairmaroc.com

Tél. : 0667182287 Total des frais engagés : 131450 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelhamid Moustaghfir
Professeur de cardiologie
Rythmologie interventionnelle
Tél: 0522 26 53 53 - Fax: 0522 26 53 55
14ème étage N°10 Casablanca

Date de consultation : 27 JUIN 2023

Nom et prénom du malade : RAHLI Mouhssine Age: 51 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : fibrillation atriale

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 : 28/06/2023

Le : 28/06/2023

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
27 JUIN 2023	CS + ECG		350 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Grande Pharmacie Normale SOPHAZI Sarl 39, Bd Mohammed V Casablanca, Tél: 0522 26 54 75	27/06/23	964,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

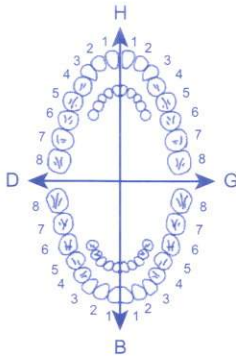
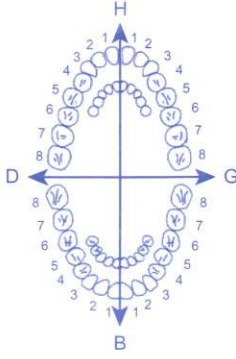
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
																		
Coefficent 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 Abdelhamid
MOUSTAGHFIR**

**Professeur de cardiologie
Rythmologie interventionnelle**

Ancien Chef du service de
rythmologie de l'hôpital militaire
d'instruction Mohammed V

Casablanca, le : 27/06/2023

Ordonnance

M. RAHLI Mouhssine

REXABAN 20 mg: 1 comp par jour au milieu du repas

DIGOXINE NATIVELLE 0,25 mg : 1/2 comp.

BISOCARD 5 mg : 1 comp le matin et 1/2 comp le soir



03 mois.

Dr. Abdelhamid Moustaghtir
Professeur de cardiologie
Rythmologie interventionnelle
Tél: 0522 26 53 53 - Fax: 0522 26 53 55
14, Bd de paris 1^{er} étage N°10 Casablanca

Grande Pharmacie Normale
SOPHAZ Sarl
39, Bd Mohammed V
Casablanca, Tél: 0522 26 54 75

Bisocard® 5 mg
Fumarate de Bisoprolol

Bisocard® 5 mg
Fumarate de Bisoprolol

Bisocard® 5 mg
Fumarate de Bisoprolol

Bisocard® 5 mg
Fumarate de Bisoprolol

Bisocard® 5 mg
Fumarate de Bisoprolol

Adresse : N° 14 Bd de Paris 1^{er} étage n° 10, CP 20000, Casablanca, Maroc

: 15190796 ITP : 35503120 CNSS : 4291093 ICE : 001676319000072 INPE : 101100261

9613796

370,00

Rexaban® 20 mg
28 comprimés pelliculés



6 118000 072683

370,00

Rexaban® 20 mg
28 comprimés pelliculés



6 118000 072683

39,90

39,90

39,90

39,90

39,90

30 comprimés

Digoxine Nativelle® 0,25 mg

Voie orale

6 118001 040117

DIGOXINE 0,25 mg

(Digoxine)

30 comprimés

PPV - 25-DH-00

BOTTU S.A.

RAHLI ,Mouhssine
ID: 8058
DDN: 03/03/1972
51 Ans ,173 Cm ,81 Kg
Homme ,Inconnu
Méd.:
Site:
Médecin traitant:
Notes: 125/78

27/06/2023 14:24:53

FC: 100 BPM
Int PR: — ms
Durée QRS: 126 ms
QT/QTc: 314/371 ms
Axes P-R-T: — 3 135
RR Moy: 599 ms
QTcB: 405 ms
QTcF: 372 ms

RAPPORT NON CONFIRM
Revu par:

Signé par:
Date:

Dr. Abdelhamid Montaghir
Professeur de Cardiologie
Rythmologie Interventionnelle
Tél: 0522 20 50 55 - Fax: 0522 26 53 55
14, Bd de Paris 1^{er} étage N 1000000000

Boone fréquence ventriculaire

