

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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-805043

168467

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 996 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUKHARTIA Fatima Zahra HOUTI

Date de naissance : 07/06/1983

Adresse : 16, Rue de Tanger (A.M.) Casa

Tél. : 06/61/33/60/80 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

14/04/2023

Nom et prénom du malade :

HOUTI Boukhartia

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

HTA

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.

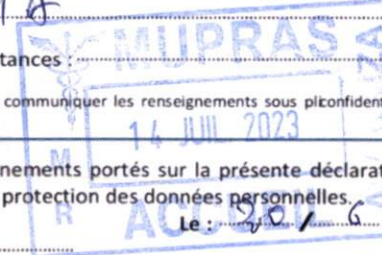
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 14/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



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
14/04/23	5	27	309,40	INP : 091177451

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	24/4/23	2036,10

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Dr. Ilham EL JAOUI

Spécialiste en Cardio-vasculaire
ECG, HOLTER, Epreuve d'effort
Echocardiographie-Doppler

الدكتورة الجاوي إلهام
اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين
استكشافات القلب و الاوعية الدموية
التخطيط، فحص القلب بالصدى



LOT : 22E002
PER: 07 2025
TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28
P.P.V : 58DH70



LOT : 22E002
PER: 11 2024
TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28
P.P.V : 58DH70



LOT : 22E003
PER: 08 2025
TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28
P.P.V : 58DH70



Casablanca, le.....

, le : 14/04/2023

Ordonnance

Mme. HOUTI Fatima



6118001030897
EXFORGE HCT
10mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 310.00 DH



6118001030897
EXFORGE HCT
10mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 310.00 DH

1/ EXFORGE HCT 10 MG/ 160 MG/12,5 mg: 1 comprimé le matin

2/ TENORMINE 100 mg: 1 Comprimé le matin



6118001030897
EXFORGE HCT
10mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 310.00 DH



6118001030897
EXFORGE HCT
10mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 310.00 DH



6118001030897
EXFORGE HCT
10mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 310.00 DH



6118001030897
EXFORGE HCT
10mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 310.00 DH

Docteur Ilham EL JAOUI

2036 110

PHARMACIE EL OUMRANE
EL DAR EL DAR KOUCA
EL DAR EL DAR KOUCA
TEL: 05 22 27 15 28
06 62 06 04 75

Traitement 3 Mois

Dr. Ilham EL JAOUI
Cardiologue
58 Rue Moussa Ibn Noussair 1er Etage
Casablanca - Tél: 05 22 27 15 28

58, Rue Moussa Ibn Noussair, 1° étage. 20060 Casablanca - شارع موسى ابن نصير الطابق الاول، الدار البيضاء

Tél.: 05 22 27 15 28 - E-mail : eljaoui82@gmail.com

En cas d'urgence : 06 62 06 04 75

DOCTEUR SAÏD RAMY
Spécialiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Clermont
Ferrand (France)

Ancien interne et assistant des Hôpitaux
de France

Enseignant à la haute Ecole
de Kinésithérapie (H.E.K)

Rhumatologue

Maladie des Os, Articulations, Muscles et
Colonnes vertébrale
Radiologie Osseuse



الدكتور سعيد الرامي
اختصاصي

خريج كلية الطب بـكلية محمد الخامس بـدنة

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات فرنسا

استاذ بالمدرسة العليا

للتدريب الطبي

امراض الروماتيزم

العظام، المفاصل، العضلات

العمود الفقري و الرجل

الغضن بالاشعة

Casablanca, le 10/4/23

Je soussigné D^r RAMY certifie
que N^e HOUDI FATIMA presente
une gonarthrose bilaterale
et une arthrose lombaire
avec un tassement vertebrol
de L₅ d'origine osteoporotique
L'etat de sante de cette patiente
necessite un traitement de
longue duree.

GSM : 0661 42 78 23

Dr Said RAMY

39, Rue Omar Slaoui 2 ème étage N°6 Centre Commercial Taoufik - Casablanca - Tél: 05 22 26 68 78

0522 26 68 78 : الهاتف - الهاتف : 0522 26 68 78

E-mail : saidram@hotmail.fr

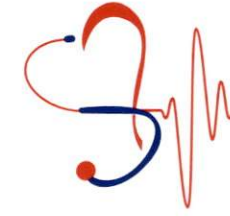
INPE: 091118794

Dr. Ilham EL JAOUI

Spécialiste en Cardio-vasculaire

ECG, HOLTER, Epreuve d'effort

Echocardiographie-Doppler



الدكتورة الجاوي إلهام
اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين
استكشافات القلب و الاوعية الدموية
التخطيط، فحص القلب بالصدى

ELECTROCARDIOGRAMME

Identité : HOUTI Fatima Date : 14.04.23

58, Rue Moussa Ibn Noussair, 1^{er} étage. 20060 Casablanca الدار البيضاء

Tél.: 05 22 27 15 28 - E-mail : eljaoui82@gmail.com - En cas d'urgence : 06 62 06 04 75

DR ELJAOU
2023-04-14 13:36

ID: Houiti Fedima

Name: Sx:

Height: 162 cm

Weight: 70 kg

Age: 7 years

PR Interval: 162 ms

P Duration: 125 ms

QRS Duration: 87 ms

T Duration: 217 ms

QT/QTc: 387/418 ms

P/QRS/T Axis: 59.6/23.6/35.0 deg

R(V5)/S(V1): 1.47/1.06 mV

R(V5)+S(V1): 2.53 mV

<<Conclusions>>

Normal Sinus Rhythm;

Longitudinal left axis deviation;

****Report need physician confirm****

Physician

