

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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- 54558

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2957 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HAÏL NOURDINE

Date de naissance : 02/07/1956

Adresse : Meme ADRESSE

Tél. : 0675684193 Total des frais engagés : 250,04 / 214,50 Dhs

= 1464,50 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : EL HAÏL NOURDINE

Nom et prénom du malade : EL HAÏL NOURDINE Age : 67 ans

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

Nature de la maladie : #17

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 : BERRECHID Le : 01/08/2023

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
01/08/23	CS, etc.		1250,00	Dr. KHADRE Cardiologue Bd Med V. F. Bureau N°1 BERRICHID Tél: 05 22 32 83 03 / 06 22 32 83 33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie ALAFAC 1,3,5 Rue Hia Abou Med BERRICHID - Tél: 05 22 33 64 01	01/08/23	1214,50
--	----------	---------

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															
				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>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	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

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD

Cardiologue Interventionnel

Cardiologue

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheid Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



د. خضر محمد فؤاد

فحص القلب الداخلي

أخصائي أمراض القلب والأوعية الدموية

أخصائي كلية الطب بالبحر الأبيض

طبيب سابق بمستشفى الشيخ خليفة بالبحر الأبيض

طبيب سابق بمستشفى لوغوشايد بالمانيا

حاصل على شهادة الفحص بالصدى من جامعة بورجو بفرنسا

Ordonnance

BERRECHID LE 01 août 2023

Mme EL HAIL NOUREDDINE

REGIME PAUVRE EN SEL

COSTARVAL 80/12.5 MG ou VALPHI PLUS 80/12.5

1 Cp/J matin à jeun

ASKARDIL 160MG

1Cp/J à midi après repas

NEBILET 5MG

1/2 Cp/J à midi

NOLIP 10MG

1Cp/J le soir

LYLORIC 100MG

1 Cp/J le soir

Traitement pendant : 3 Mois

LOT : 014
PER : FEB 2025
PPV : 95 DH 00

LOT : 014
PER : FEB 2025
PPV : 95 DH 00

LOT : 014
PER : FEB 2025
PPV : 95 DH 00

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80
EXP 12/2024
LOT 23009 4

LOT 23009 5
EXP 12/2024
PPV 23DH80

PPV
110DH70

PPV
110DH70

PPV
110DH70

Pharmacie ALAFAC

1.3.5 Rue Ilija Abou Mao
- BERRECHID -
Tél: 05 22 33 64 01

* VIGNETTE

V140377/01

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

154/100

154/100

154/100

17 2357

30/01/2023

el hail noureddine

N° patient

Date de naissance 01/07/1956 (67 Y.)

Sexe Unknown

ECG de repos Évaluation du mar. 01/08/2023 20:21

Données examen

QRS (ms)	
P (ms)	
PQ (ms)	
QT (ms)	
QTc B. (ms)	
QTc disp. (ms)	
Axe QRS	
FC	
RR moy (ms)	

Rapport non confirmé

Dr. AHADRE MOHAMMED FOUAD
Cardiologue Interventuel
CARDIOLOGUE
11 Bd Med V1 Etage 5ème arr N°185 RECHID
Tél: 05 22 32 83 33 / 05 22 32 83 33

ECG analysé FC: 50

(25 mm/s 10 mm/mV 0.05Hz - 125Hz / 50Hz true wave®)

