

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 canalaire, 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 canalaire.

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- 0030505

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0750 Société : 176743

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MR BRAHIMI Mohamed

Date de naissance : 6-6-1946

Adresse : 47 HUSSEIN EL BROUFAOUTI SAUTHI

Tél. : 0661241345 Total des frais engagés : 300 DH - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18-09-2023

Nom et prénom du malade : Mohamed Brahimi Age : 77

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

Nature de la maladie : 175

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 : 15/09/2023

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
18/09/20	CSAGL			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

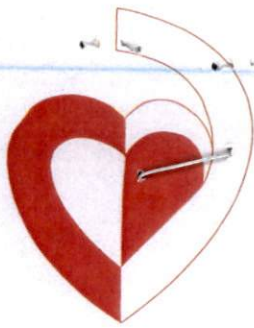
Important :

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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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 18/09/2023

M. MOHAMED IBRAHIMI

- 1) **CARDENSIEL 2.5 MG BT/ 30 CP**
Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois
- 2) **PLAVIX Comprime Pellicule à 75 mg Bte 28 Comprime**
Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois
- 3) **FLUDEX LP Comprime A Lp à 1,5 mg Bte 30 Comprime**
Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois
- 4) **APROVEL Comprime Pellicule à 300 mg Bte 28 Comprime**
Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois
- 5) **AMEP 10 Comprime à 10 mg Bte 28 Comprime**
Prendre 1 comprimé le soir, au cours du repas, pendant 3 mois
- 6) **ALPRAZ Comprime à 0,5 mg Bte 28 Comprime**
Prendre 1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois

Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies
Cardiovasculaires
98 Rue Kadi lass Maârif - Casablanca
Tél : 05 22 25 36 00

Pr. BENNIS AHMED

Cardiologie

98 ANGLE RUE KADI LASS ET BRUE

ABOU

SALT ANDALOUSSI

CASA

Tel.: 0522253600

Mobile: 0661321866

Fax: 0522253601

Email: bennis_cardio@yahoo.fr

00 0 00124 8

CASA, le 18/09/2023

M. MOHAMED IBRAHIMI

1) **CARDENSIEL 2.5 MG BT/ 30 CP**

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

2) **PLAVIX Comprime Pellicule à 75 mg Bte 28 Comprime**

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

3) **FLUDEX LP Comprime A Lp à 1,5 mg Bte 30 Comprime**

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

4) **APROVEL Comprime Pellicule à 300 mg Bte 28 Comprime**

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

5) **AMEP 10 Comprime à 10 mg Bte 28 Comprime**

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

6) **ALPRAZ Comprime à 0,5 mg Bte 28 Comprime**

Prendre 1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois

Voie MGP

Pr. BENNIS AHMED

Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies
Cardiovasculaires
93 Rue Kadi Lass Maarif - Casablanca
Tel: 05 22 75 36 00

IBRAHIMI MOHAMED

FC 62/min

Axes

P 42°

QRS -10°

T 134°

Interprétation: RYTHME SINUSAL, POSITION GAUCHE, ZONE DE TRANSITION R-S DEPLACÉ VERS LA GAUCHE, QRS(T) MODIFIÉ, ANOMALIE EN INFER. POSSIBLE, ANOMALIE DE T DANS DES DERIVATIONS LAT.

R16 02

Rapport non confirmé

Né(e) le 04.04.1944

Age 79 ans

Sexe Masculin

Taille cm

Poids kg

Origine

PA

Remarque

Intervalles

RR 961 ms

P 116 ms

PR 198 ms

QRS 74 ms

QT 374 ms

QTc 382 ms

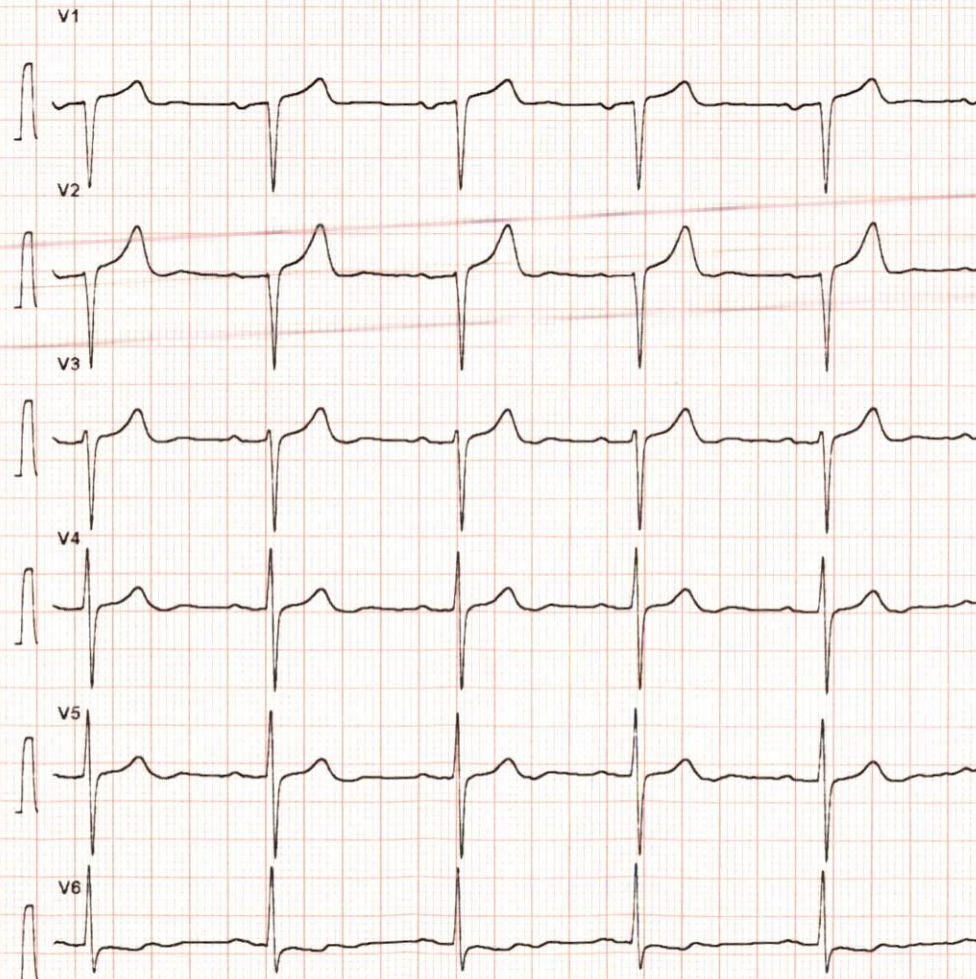
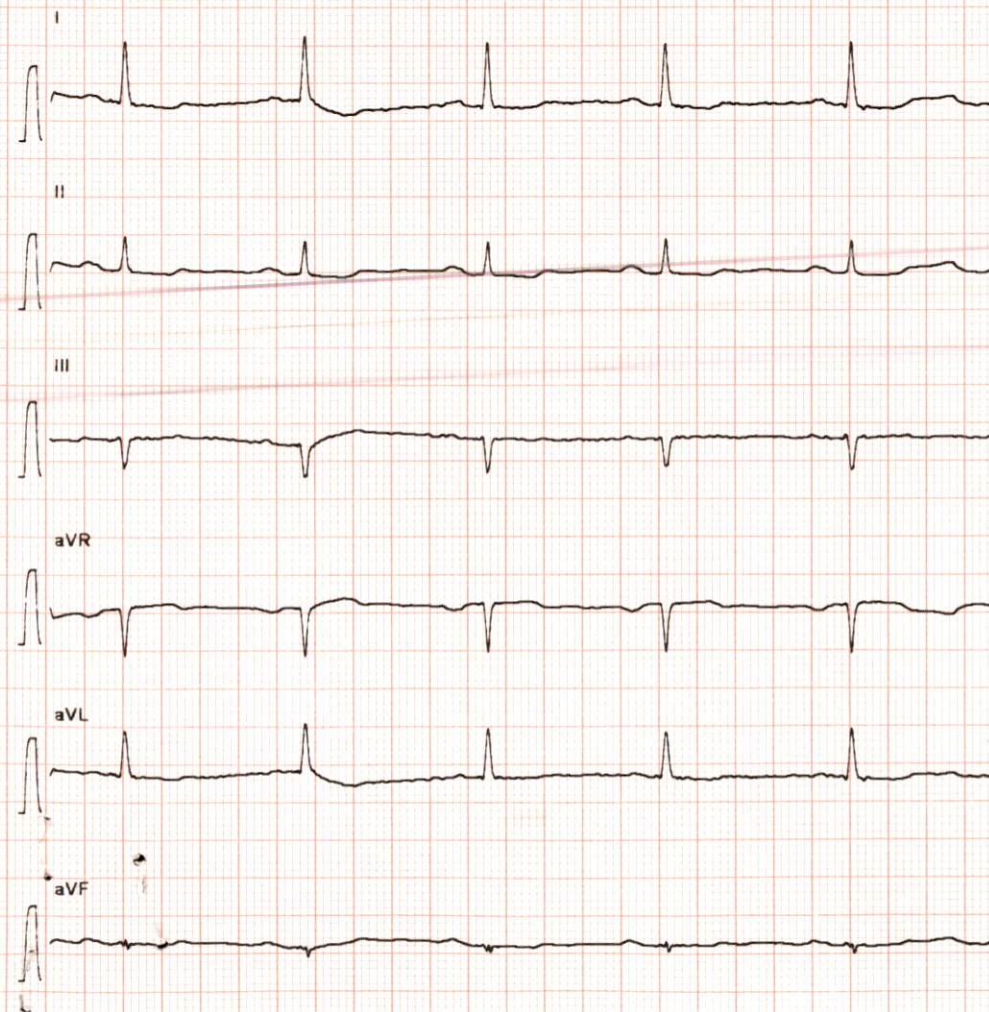
(Bazett)

P (II) 0.07 mV

S (V1) -1.35 mV

R (V5) 1.12 mV

Sokol. 2.77 mV



10 mm/mV 25 mm/s

10 mm/mV 25 mm/s