

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

N° M21- 074543

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0433 Société : CERIAH

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Jotti Naima

Date de naissance : 3.3.41

Adresse : 109 Rue Lalla Ayya Ayy Salanz

Tél. : 0663 026024 Total des frais engagés : 250,00 + 964,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/10/2023

Nom et prénom du malade : JOTTI Naima

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

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
21/10/23	Etats	1218	2500	Dr. HAFDI Noureddine Dentiste 445, Résidence Koun, Boumerdes Bd. Amine, Boumerdes, Casablanca Tel: 0522 86.36.87

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MILAD Mme Samia Abderrahmane 285, Bd. Sidi Abderrahmane Hay Salam - B.P. 11 - Casablanca Tel: 0522 94 65 30 - 0522 94 29 46 INPE: 092042554	21/10/23	967,30

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														
					MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION														
					FIN D'EXECUTION													
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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Ancien attaché au service de cardiologie au CHU IBN ROCHD
- Ex Médecin Directeur du CHP MY YOUSSEF
- Ex Médecin Directeur du CHP EL HASSANI
- EX Médecin Directeur du CHP SIDI OTHMANE
- Consultation et exploration Cardio-Vasculaire



- إختصاصي أمراض القلب والشرابين
- ملحق سابق بقسم أمراض القلب بالمستشفى الجامعي ابن رشد
- طبيب مدير سابق لمستشفى مولاي يوسف
- طبيب مدير سابق لمستشفى الحسيني
- طبيب مدير سابق لمستشفى سيدي عثمان
- تشخيص و إستكشاف أمراض القلب والشرابين

Casablanca le, 02/10/23

GUESSOUS JOTI Haïma

(S.V)

Rogues pour sal

64.20x3

Ancien plus 50/12,5 10/10/14

27.70x3

Cardio Aspr 100 mg. rd

140.00

ceeds 20 mg 2x

137.20
x3

Vatarel 35
14x 40

Pharmacie MILAD
Mme Samira MILAD
283, Bd Sidi Abderrahmane
Hay Salam - C.I.L. - Casablanca
Tél: 0522 94 65 30 - 0522 94 29 49
INPE: 092042054

967.30

3 mois

Dr. HAFDI NOUREDINE
445, Résidence Ryad Abdelmoumen
Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél : 0522.86.36.87

LOT : 161
PER : 05/26
PPV : 64,20 DH

(P)

LOT : 161
PER : 05/26
PPV : 64,20 DH

(P)

LOT : 161
PER : 05/26
PPV : 64,20 DH

(P)

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.



LOT: 211543
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

LOT: 220837
PER: 11-2024
PPV: 140,00DH

137,20

137,20

137,20

☐ **valable 3 mois**

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : ^{no} **GUESSOUS JOTT Naima**

Présente **HTA**

Nécessitant un traitement d'une durée de : **trois mois renouvelés**

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca

Dr. HAFDI Nouredine
445 Résidence Ryad
Bd. Abdelmoumen Casablanca
Tel : 0522.86.36.87

ECG

Dr HAFDI Noureddine

NOM: GUESSUS JOTI NAIMA ID : Genre : Femme Age : 81 DOB : 01-01-1941 Date Test: 02-10-2023 13:34
Case #: Investigation #: Médecin Référent: Dr HAFDI Noureddine

10mm/mV 25mm/s



Fréquence : 1000 Hz	Interval. PQ: 211 ms
Durée ECG: 6 s	Interval. QT: 413 ms
FC : 60 bpm	Interval. QTc: 413 ms
Durée P : 119 ms	Axe P : 153.3°
Durée QRS : 78 ms	Axe QRS : 21.0°
Durée T : 305 ms	Axe T : 100.0°

Dr. HAFDI Noureddine
Cardiologue
445, Rue Prince Royal Abdelmoumen
Bd. Abdelmoumen Casablanca
Tél : 0522.86.36.87

Suggestion :

Signature Médecin:

Filtre Principal: On Filtre ADS: On