

## 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

M23-0016876

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5232 Société : 183795  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EZZAHHER Ali  
 Date de naissance : 01/01/1948  
 Adresse : Boucharouf Rue 52 n°15 CASA  
 Tél. : 06 80 98 66 43 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/11/2023  
 Nom et prénom du malade : EZZAHHER Ali Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HTA  
 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 : ..... 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
01/11/23	G+EEG		300,00	<b>Docteur Abdelmajid NAJI</b> <b>CARDIOLOGUE</b> Résidence El Mawlid 4, N° B15 Abdelmoumen - Anwal Casablanca Gsm: 06 63 09 15 48

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie Menara</b> 9 rue Abdelmoumen - Anwal Casablanca - Tel: 05 22 22 22 23 E: 00222222222222	01/11/23	948,60
<b>Code INPE:</b> 092106153		

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

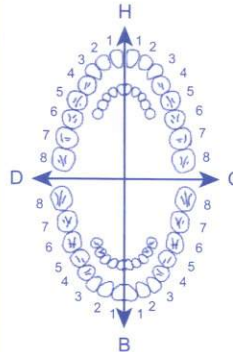
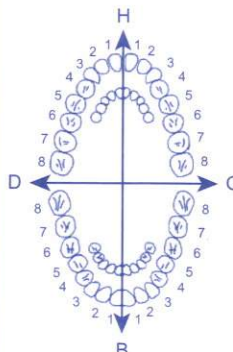
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

ajid NAJI

deaux (France)

Vaisseaux

ielle

sculaires

Joppler

Holter).



ناجي

(سا)

الشرايين

موية

501304 b

185,20

501304 b

185,20

6 09 11. 2023

Mr EZZAHIR Ali

185,20 X3

Suliat

160/5

149,00 x2

Energiga

26ts

Extramag

18te

9500

19 mg

15 levet

15 mg

948,60

Q pour 3 mois

Docteur Abdelmajid NAJI

CARDIOLOGUE

Résidence Al Mawlid 4, N° B15

Angle Abdelmoumen - Anwal

Casablanca

Tél.: 0522 25 87 08 - Gsm: 06 63 09 15 48

إقامة المولد IV رقم B15 زاوية شارع عبد المومن أنوال - 20340 - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 25 87 08 - النقال: 06 63 09 15 48

Résidence Al Mawlid IV N° B 15 - 1er étage - Angle Abdelmoumen, Anwal - 20340 Casablanca

Tel.: 05 22 25 87 08 - GSM: 06 63 09 15 48 - E-mail: drnaji55@gmail.com

185,20

501304 b



FSAI No.: 10721993000886

Pour plus d'informations sur nos produits:

Site Web : [www.inquire4health.com](http://www.inquire4health.com)

Email : [safety@inquire4health.com](mailto:safety@inquire4health.com)



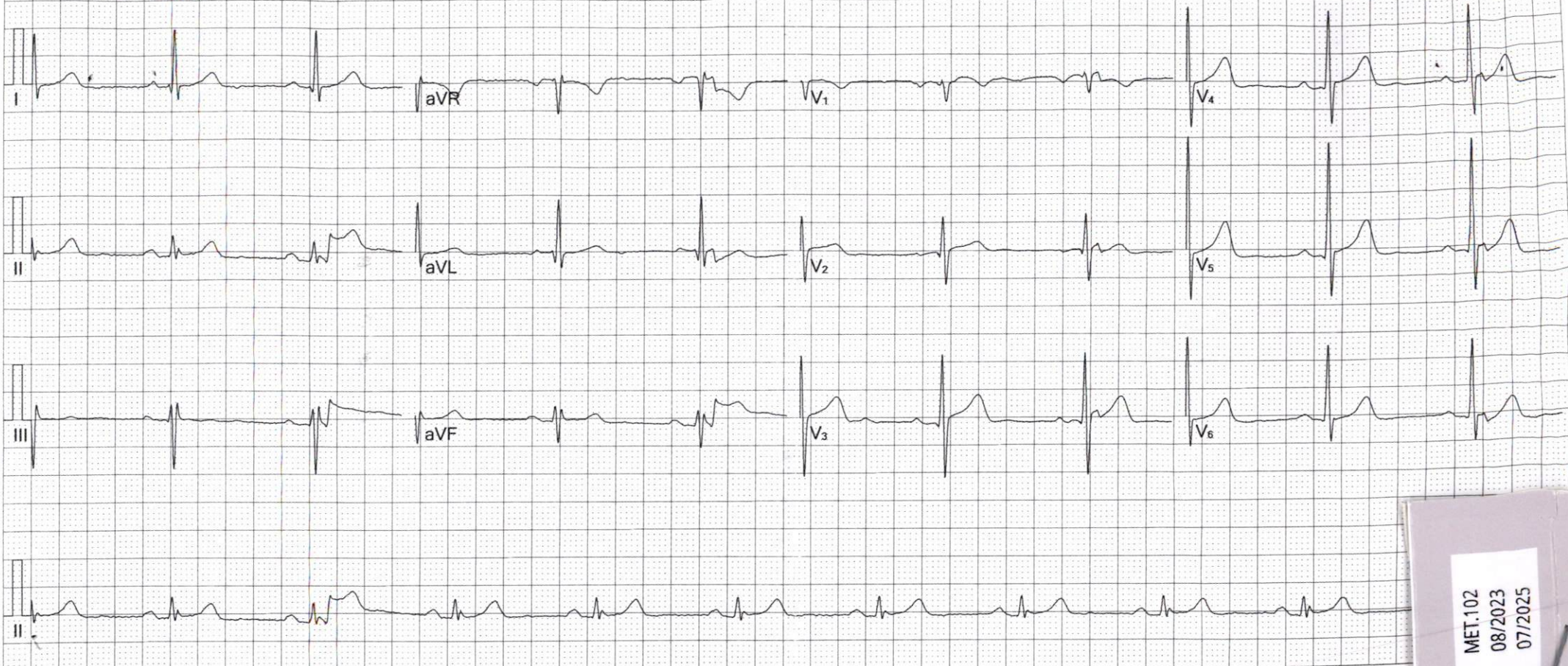


# ECG

Dr NAJI Abdelmajid

Angle Abdelmoumen - Anoual - Résidence Al Mawlid 4 N° B15 - 20340 CASABLANCA - Tél :+212 522 25 87 08  
 NOM:EZZAHIR ALI ID : Genre :Homme Age :75 DOB :01-01-1948 Date Test:09-11-2023 15:21  
 Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr NAJI Abdelmajid

10mm/mV 25mm/s



Filtre Principal:On Filtre ADS:On

Fréquence : 1000 Hz	Interval. PQ: 173 ms
Durée ECG: 26 s	Interval.QT : 405 ms
FC : 59 bpm	Interval.QTc : 401 ms
Durée P : 101 ms	Axe P : 50.4°
Durée QRS : 90 ms	Axe QRS : 10.7°
Durée T : 285 ms	Axe T : 41.1°

Suggestion :

**Docteur Abdelmajid NAJI**  
**CARDIOLOGUE**  
 Résidence Al Mawlid 4, N° B15  
 Abdelmoumen - Anoual  
 Casablanca  
 Tél : 06 63 09 15 48

Signature Médecin:

MET.102  
 08/2023  
 07/2025

N° CE: 2022110026V1/CA/DPS/DMP/18  
 N° Lot :  
 Fab :  
 A consommer avant : Date EXP :  
 PPC : 149,00 MAD