

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W19-597740

188382

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 00512	Société : R.A.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL MOUNI My Abdeslam
Nom & Prénom :			
Date de naissance : 01-01-45			
Adresse : Hay el Hand Rue 32 N° 32 Casablanca			
Tél. : 06 19 44 96 32	Total des frais engagés : 3686,70 DHS		

Cadre réservé au Médecin	
Dr. EL MAKHLOUF Aït Professeur Agrégé Cardiologue 5, Rue Med. Abdallah - Casablanca Tél. 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 80	
Cachet du médecin :	25/12/2013
Date de consultation :	25/12/2013
Nom et prénom du malade :	Mr AL MOUNI My Abdeslam
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	CHY 2013
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/12/2013



### RELEVE 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
25/12/23	3	300,00	INP : 091057851 DR. EL MAKHLOUF Ali Professeur de Chirurgie Cardiaque 5, Rue Med. J. Seguin Casablanca Tél. 0522 28 81 38 13 24 17 80	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE MAURICE GAUD 48, Rue de l'Hôpital (Boulevard) (Mor.) des Hôpitaux - Tél. 022 28 80 20 20	25/12/23	3386,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	

DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	


O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	Coefficient des travaux


O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	MONTANTS DES SOINS


O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	DATE DU DEVIS


O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**ECG**

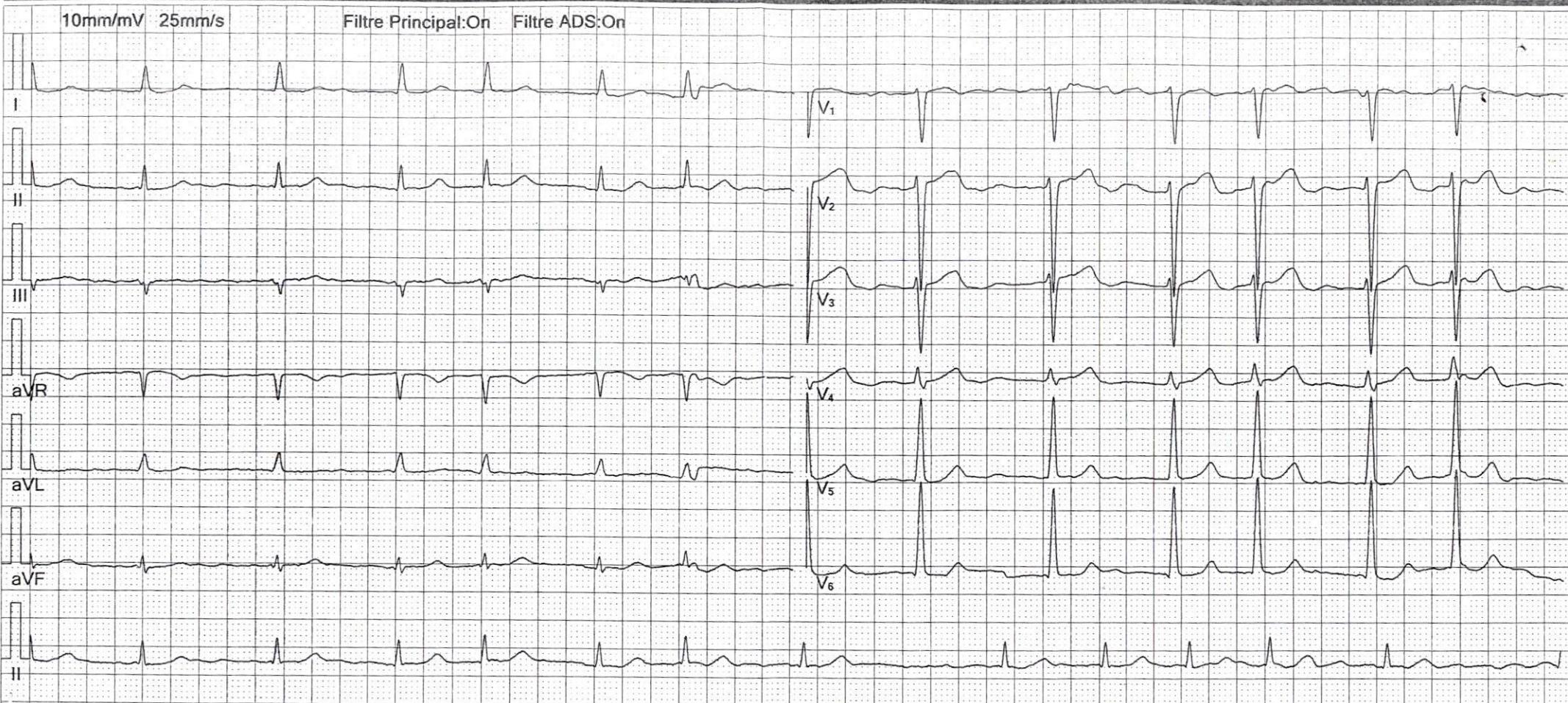
Dr EL MAKHLOUF Ali

NOM: MY ABDESLAM EL MOUMI

ID : Genre : Homme Age : 78 DOB : 01-01-1945

Date of Test : 25-12-2023 11:44

Case #: Investigation #: Médecin Référent:.



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	403 ms
Durée Echantillon :	18 s	Intervalle QTc :	441 ms
FC :	72 bpm	Axe P :	34.3°
Durée P :	63 ms	Axe QRS :	5.4°
Durée QRS :	90 ms	Axe T :	39.8°
Durée T :	283 ms	RV5/SV1:	1.50/0.87mV
PQ Interval :	314 ms	RV5+SV1:	2.37mV

Suggestion :

TA: 183/81

C: 169

P: 69 Kg

Signature Médecin:

LOT : 230876  
EXP : 06/2026  
PPV : 99,00DH

x2 ced

**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
**Cardiologie adulte et pédiatrique**  
**Explorations Cardio-vasculaires**

5 rue Mohamed Abdou  
CASABLANCA  
Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89  
Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97  
GSM cabinet : 06 78 18 18 16

x3 Ged

LOT : 230877  
EXP : 06/2026  
PPV : 99,00DH

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban

28 cps

P.P.V : 375,00 DH

Bayer S.A.

6 118001 090808

x3  
ced

611800103060 6

EXFORGE

10mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 273,00 DH

x2  
ced

6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

x5  
ced

71130

x3 ced

**Monsieur EL MOUMI My Abdeslam**

Casablanca le 25.12.2023

99,00x3

1- LDNOR 20 MG : 1 CP LE SOIR SANS ARRET

345,00x3

2- XARELTO 20 MG : 1 CP PAR JOUR SANS ARRET

273,00x3

3- EXFORGE 10 MG/ 160 MG : 1CP PAR JOUR LE MATIN SANS ARRET

58,10x5

4- CARDENSIEL 5 MG : 1 CP PAR JOUR LE MATIN ET ½ CP LE SOIR SANS ARRET

71,30x6

5- TANAKAN 40mg : 1 CP MATIN ET SOIR SANS ARRET

103,70x3

6- FLECAINDE 100mg : ½ CP MATIN ET SOIR SANS ARRET

102,30

Vaxigrip 1-1 mg

3386,70

R 3mns

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 80

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 80

LOT : 23183 PER : 09/2028  
PPV : 100,70 DH

x3 ced

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
VaxigripTetra 15 µg/0,5 ml  
sol inj b1  
P.P.V : 125,30 DH

6 118001 082247

**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE  
EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :**

**05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54**

**OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83**