

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### 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 - 5ème 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

W21-831991

188959

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4803 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FAOUZI SAAD

Date de naissance : 13/12/1965

Adresse : 39 RUE DU PARC DE NABRI

Tél. 06 61 51 96 65 Total des frais engagés : 20 55,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور عبد الطيف الخصاصي  
Dr. LAKHSSASSI Abdellatif  
Cardiologue  
33, Bd. Abdellatif Ben Kaddour  
Casablanca - Tél: 0522 94 06 06

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : FAOUZI SAAD 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) : /

PR4FR05/V2/20-10-2023

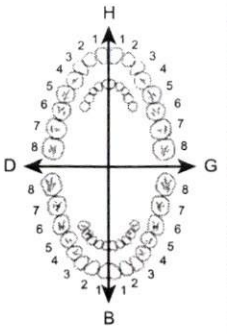
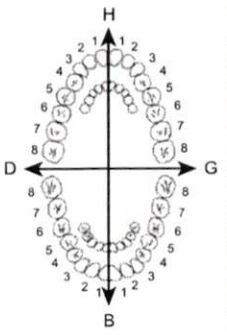
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
12/12/2023	CSE + etc		350,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
12/12/23	12/12/23	1705,00

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.					
<b>Important :</b> 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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DEBUT D'EXECUTION  FIN D'EXECUTION
					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D              00000000              35533411           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              11433553           </div> </div> B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS  DATE DU DEVIS  DATE DE L'EXECUTION

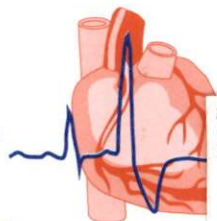
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Dr. Abdellatif LAKHSSASSI

Spécialiste des Maladies du Cœur  
et des Vaisseaux  
Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Montpellier  
Membre de la Société Française  
de Cardiologie  
Ancien Chef de Service de Cardiologie  
des Polycliniques de la Sécurité Sociale



الدكتور عبد اللطيف الخاصصي

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
**HYACAND**  
16 mg/12.5 mg Cpr  
Boite de 30  
29 DMP/21ARQ P.P.V.: 176,20 DH  
6 118001 020898

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
**HYACAND**  
16 mg/12.5 mg Cpr  
Boite de 30  
29 DMP/21ARQ P.P.V.: 176,20 DH  
6 118001 020898

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
**HYACAND**  
16 mg/12.5 mg Cpr  
Boite de 30  
29 DMP/21ARQ P.P.V.: 176,20 DH  
6 118001 020898

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
**HYACAND**  
16 mg/12.5 mg Cpr  
Boite de 30  
29 DMP/21ARQ P.P.V.: 176,20 DH  
6 118001 020898

**Maphar**  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V.: 167,00 DH  
6 118001 183111

**Maphar**  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V.: 167,00 DH  
6 118001 183111

**Maphar**  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V.: 167,00 DH  
6 118001 183111

**Maphar**  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V.: 167,00 DH  
6 118001 183111

Casablanca, le 12.12.2023.

FAOUZI SARAH

17620 x4 " 14 gte cand 10/12/23

16700 x4 " 31 Crestor 10

8810 x2 " 31 Crestor 10

7800 x2 " 41 Atrialie 15

17050

LOT: M0901  
PER: 11/2024  
PPV: 78,00DH

LOT: M0900  
PER: 11/2024  
PPV: 78,00DH

LOT : 230063  
EXP : 01/2026  
PPV : 88,10DH

LOT : 230062  
EXP : 01/2026  
PPV : 88,10DH



FAUZI SAAD

FC 64/min

Axes :

P 34 °

QR5 -16 °

T 132 °

Intervalles

RR 940 ms

P 128 ms

PR 138 ms

QRS 120 ms

QT 400 ms

QTc 417 ms

(Bazett)

P (II) 0.11 mV

S (V1) -2.17 mV

R (V5) 2.08 mV

Sokol. 4.24 mV

Age : .....

cm / kg

M / F

Dr. LAKHSSASSI

Cardiologue

Abdellatif Ben Kaddou

Casablanca - Tél: 0522 94 06 06

