

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 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 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 - 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- N° 0034077

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6304 Société : R.A.M. 19/2016
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ENOUSKI ABDELJALIL
 Date de naissance :
 Adresse : LISSASFA LOT EL KOUZAMA EL NGSS
 Tél. : 0522 8966 15 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **CARDIOLOGUE - RYTHMOLOGUE**
 19, Bd Franklin Roosevelt (Ex. Bd. Mly Rachidi-Qasa)
 Tél. 05 22 36 09 09 - Gsm 0661 243 006
 Date de consultation : 10/01/20
 Nom et prénom du malade : ORNEOY Archa 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

PRAFR05/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
10.01.24	Cos 4706		40000	Dr. Najib BARI CARDIOLOGUE-ARYTHMOLOGUE 19 Bd. Mohammed VI - Casablanca Tél: 05 22 36 00 00 - 06 61 24 10 06

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE L'EXTENSION 24 Rue 8 Lissasfa Extension - CASABLANCA Tél: 05 22 33 48 40	10.01.24	290.10

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 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 <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														
	(Création, remont, adjonction) 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



Centre de Rythmologie
de Casablanca

URAGENCES

24/24

05 22 36 09 09

Dr Najib GARTI

Cardiologue - Rythmologue

Pace Maker

Défibrillateurs

Cryoablation de la Fibrillation
auriculaire

Traitement des troubles du rythme
par Radiofréquence

Echocardiographie Doppler Couleur

Epreuve d'effort

Holter tensionnel et rythmique

Diplômé de la faculté de médecine
de limoges (France)

Sur Rendez - Vous

Gsm : 06 61 32 64 27

Casablanca, le

10/01/24

Mr (Mme)

Mr Othman Ach

68.90

F lorde 1.5

(= PERDEX)

110.60 x 2

Serbia

290.10

PHARMACIE L'EXTENSION

Date: 18.1.24

N° 255111 Boites

PHARMACIE L'EXTENSION

Date: 10.01.24

N° 2523 Boites

19, Bd. Franklin Roosevelt, Anfa (Rez de chaussée Clinique Val D'anfa) - Casa

Patente N° 35615328 - IF 40713811 - INPE 091066621 - ICE 001584040000063

Tél : 05 22 36 09 09 - Tél / Fax : 05 22 36 08 88

E-mail : garti.naj@hotmail.fr - Site : www.cvarythmologie.com

Sertraline GT[®]
30 comprimés pelliculés
dosés à 50 mg



110,60

Sertraline GT[®]
30 comprimés pelliculés
dosés à 50 mg



110,60



FLUDEX[®] LP
ACÉTAMINOFÈNE 15 MG
30 comprimés pelliculés à Libération Prolongée

245200030-06

68,90

(50 X 20 X 114) mm

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

OUAROU Ach

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

001584040000063

N° INPE :

091066622

Certifié que Mlle, Mme, M. :

OUAROU Ach

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

A vie

longue durée

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

HTA - Dep.

Dont ci-joint ordonnance :

X

Traitement prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casablanca le 10/5/24

Cachet et signature du médecin traitant :

[Signature and Stamp of the treating physician]

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

ID:10012024

10-Jan-2024 AM10:52:17

Nom :OUARDY AICHA

Médicament :

Sexe:F

Date de naissance:

ans

cm

kg

/

mmHg

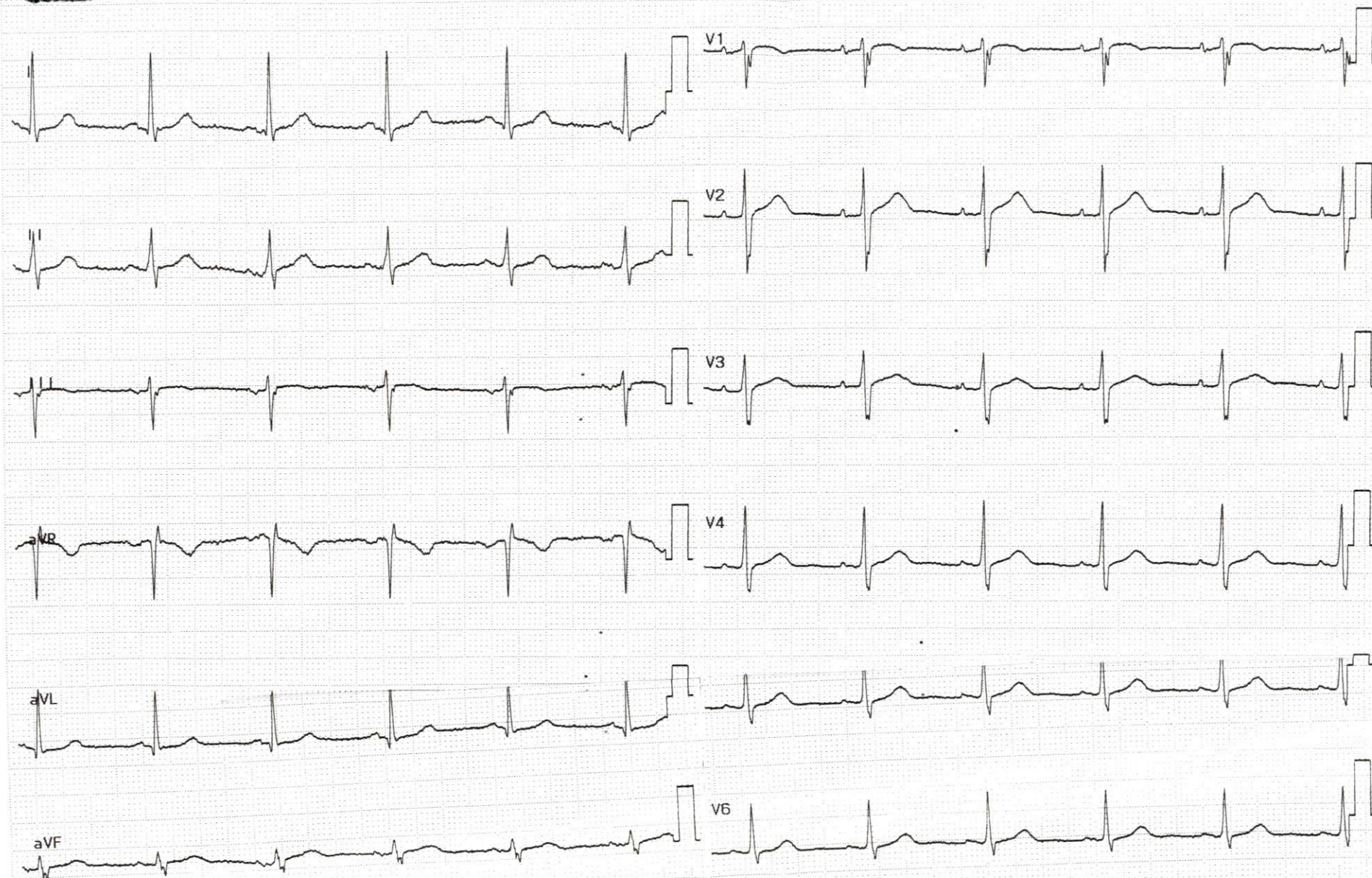
69 bpm

Symptômes :

Antécédents :

10 mm/mV 25 mm/s Filtre : H50 d 100 Hz

10 mm/mV



Examen :Clinique Cardiologique VAL D ANFA

2350K 03-04 04-05 Service :

10-Jan-2024 AM10:52:17

ID:10012024

Nom :OUARDY AICHA

Sexe:F

Date de naissance:

ans

cm

kg

/

mmHg

fréq. ventr.

68

bpm

Int. PR

152

ms

Durée QRS

92

ms

Int. QT/QTc(E)

400/ 418

ms

Axe P/QRS/T

26/ -9/ 30

°

Ampl RV5/SV1

1.15/ 0.69

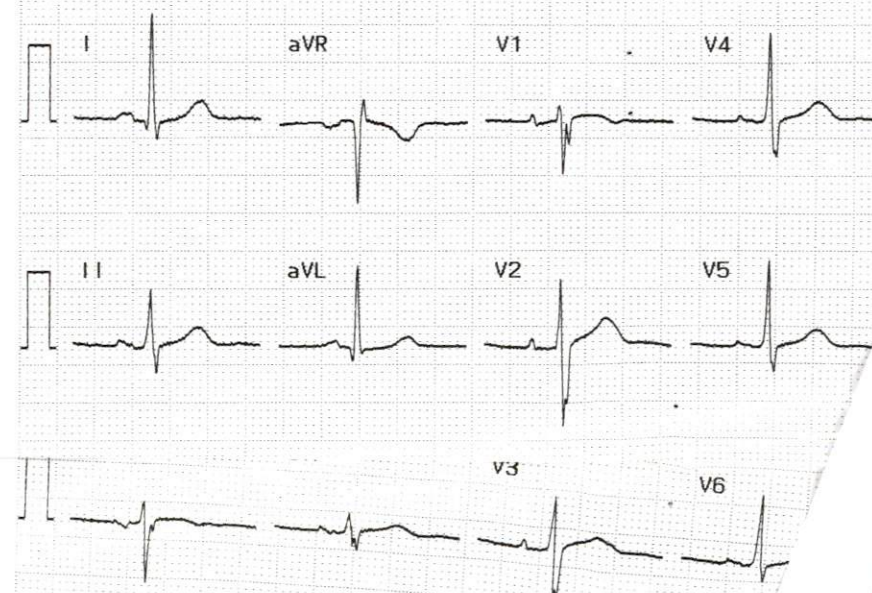
mV

Ampl RV5+SV1

1.84

mV

10 mm/mV 25 mm/s Moyenne



Rapport non confirmé

Revu par :

Examen :Clinique Cardiologique VAL D ANFA