

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 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

M23- N° 0031219

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5795 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL GOTTAYA ABDELLEH
 Date de naissance : 01/10/1958
 Adresse : Hay Al Qods Res El AFR IMM H
 N° 5 Bernoussi Casa
 Tél. : 06 61 73 60 33 Total des frais engagés : 1844,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. MOUSTAID Hayat
 Cardiologue
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 16/02/2024
 Nom et prénom du malade : EL GOTTAYA ABDELLEH Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Cardio pathie ischémique
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : Cardiovasc.
 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 :

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
16/2/24	G		300	DR. MOUSALLAM

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/02/24	944,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

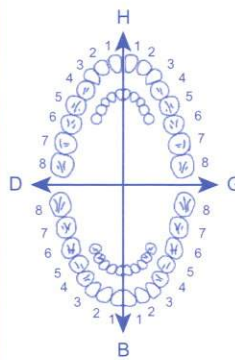
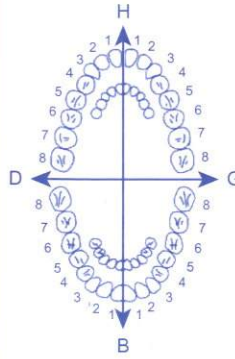
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	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>		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																
	[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

Dr. MOUSTAID Hayat

Spécialiste des maladies du Cœur
et des Vaisseaux

HTA. Echocardiographie doppler.

Holter ECG et tensionnel

Epreuve d'effort



الدكتورة مستعد حياة

اختصاصية في أمراض القلب والشرايين
وارتفاع الضغط الدموي

التشخيص بالصدى والدوبلر. تمرين الجهد
تسجيل مستمر لضغط الدم لمدة 24 ساعة
تسجيل مستمر لتخطيط القلب لمدة 24 ساعة

لا نغير تاريخ الفحص غير قابل للتغيير

Casablanca, le : 16 FEB 2024

M: ^r EL GOMAY A Abdellah

944,50

240,5

- Co-plavix

87,50

- Nebilet

32,60

x2 -

Lasix

56,8

Aldactone

50

92,5

Covergyl

5

57,80

FORVA

10

36,20

x2

Shagard 700

27,50

Risordan

10

46,70

Zylme

100

8B

ESac

20

82,50

x2

1cpj

1cpj

14pj

1/2 cpj

1cpj

1cpj le soir.

up x 2j

1/2 cpj x 2j et si douleurs

1cpj

1cpj

الدكتورة مستعد حياة
Dr. MOUSTAID Hayat
Cardiologue
Al. Souhaib Erroumi
Casablanca Tél.

N° 36 Avenue Souhaib Erroumi Amal 2 - Bernoussi - Tél: 05 22 73 09 25

tt de 01 min

Sur Rendez-vous

LOT 231494
EXP 04 2026
PPV 36.20

LOT 230749
EXP 02 2027
PPV 46.70 DH

LOT 220100
EXP 02/24
PPV 32DH10

LOT 220100
EXP 02/24
PPV 32DH10

LOT 231494
EXP 04 2026
PPV 36.20

LOT: 1117
PER: 05/25
PPV: 57,80 DH

ALDACTONE® 50mg
P.P.V: 56,80 DH
6 118001 170029

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V: 270,00 DH
6 113001 082018

PPV 271,80
LOT

* VIGNETTE
NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

LOT: 23E007
PER: 05 2027
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60
6 118000 060468

LOT: 23E007
PER: 05 2027
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60
6 118000 060468

Elgottaya
ID: Abdellah

16-Fév-2024 11:32:50

ans cm kg

Méd:
Service:

Fréq. Card.: 54 BPM
Int PR: 183 ms
Dur. QRS: 104 ms
QT/QTc: 425/410 ms
Axes P-R-T: 25 -42 110

