

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Résiliation et changement de statut : adhesion@mupras.com

Garantissant le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

M. L. Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie : N° S19-0050949

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : S346 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
Nom & Prénom : MOULATIF MOSTAFA Date de naissance : 16-02-62  
Adresse : MÈME  
Tél. : 06 67 86 39 59 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/02/24  
Nom et prénom du malade : Hind Moulatif Age : .....  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Epiphysaire + Cerveau Marbille  
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 : CASA Le : 29/02/2024  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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
27/02/2024		15 x 666	9990	

DR. HAFDI KARIM  
Cardiologue  
Résidence Hayyam, Hay Elwaleid  
Sidi Moumen, Casablanca  
Tél.: 05 22 71 66 36

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

27.02.24

726.60

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé  
des Honoraires

# 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

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 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr HAFDI Karim**

**CARDIOLOGUE**

**Maladies du Cœur et des Vaisseaux**

- Ex praticien à l'Hôpital  
Cochin Saint Vincent de Paul (Paris)
- Ex praticien au CHU Ibn Rochd



**الدكتور حفدي كريم**

**اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين**

- طبيب سابق بمستشفى كوشان بباريس
- طبيب سابق بمستشفى ابن رشد

- Diplôme d'Echocardiographie de la Faculté de Bordeaux - SEGALEN
- Diplôme d'Ultrasonographie Vasculaire de l'Université la Sorbonne
- Diplôme de Cardiologie Pédiatrique de l'Université Paris - Descartes

Lot N° : FL19

Exp : 07/2024

PPC : 125,50 DH

Casablanca, le .....

**27/02/2024**

**Mlle MOULATIF HIND**

**\* VIGNETTE**

**NEBILET® 5mg**  
28 comprimés  
PPV 87DH50

**\* VIGNETTE**

**NEBILET® 5mg**  
28 comprimés  
PPV 87DH50

**MG COMPRIMÉ QUADRISÉCABLE BOÎTE DE 28**  
à prendre pendant 3 mois

**FERLIPO**

1 cp x 2/j (1mois) puis 1cp le soir pendant 2 mois

**D CURE FORTE 100.000 UI**

1 ampoule / mois pendant 3 mois

PPV: 49,60 DH  
LOT: 23H10  
EXP: 08/2026

T = 726,60

**DR. HAFDI Karim**  
Cardiologue  
N°3, Résidence Haytam, Hay El Walaa  
Sidi Moumen - Casablanca  
Tél.: 05 22 71 66 36



Name: MOULATIF HIND

Cli No.:

Sex:

Age: 20Y

SN: 0020638

Section:

Case No.:

Bed No.:

Date: 27/02/2024 16:20:26



Frequency:	1000Hz	QT Interval:	412ms
Sample Time:	17s	QTc Interval:	502ms
HR:	89bpm	P Axis:	61.50°
P Interval:	87ms	QRS Axis:	65.20°
QRS Interval:	91ms	T Axis:	39.50°
T Interval:	280ms	RV5/SV1	1.11/0.36mV
PR Interval:	127ms	RV5+SV1	1.48mV

Prompt:

Total Beats 24 , Normal Beats 24 .  
in gear Sinus mode Target rate; Cardiac electric axis normal; Abnormal T wave;

Dr. HAFDI Karim  
Cardiologue  
3, Résidence Haylam, Hay El Walaa  
Sidi Moumen - Casablanca  
Tél.: 05 22 71 66 36

Doctor: DR HAFDI