

## 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 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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° W19-433971

ND: 34080

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01377

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : KASRI MOHAMMED

Date de naissance : 01-01-1950

Adresse : 22A Rue Tanger, Cité de l'Air

Tél. : 0661106715

Total des frais engagés : 5219,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : le 07/07/2020

Nom et prénom du malade : KASRI MOHAMMED

Age : 70 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : cancer du sein

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

Le : 07/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :



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
07/07/2020	CS + ECG	25	2500	INP : 0800000000

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BEN MARIAM MAROUANE MARIAM Docteur en Pharmacie Régula Bt. Cum Rabat Tél: 05 22 53 28 58 / 20 58 Gsm: 062084025	07/07/2020	2969,50

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.																				
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	INP : <input type="text"/>																
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
	<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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(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 BENJELLOUN Mohammed Karim

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux

Hypertension Artérielle, ECG (Tracé du cœur)

Cholestérol, Holter ECG et Tensionnel

Diplômé d'Echocardiographie Doppler

BORDEAUX

الدكتور بن جلون محمد كريم

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

والضغط الدموي - الكولسترول...

التخطيط الكهربائي للقلب، الهولتر

الفحص بالصدى

جامعة بورديو



Casablanca, le : 07 07 2020

M. Kessri Mohamed,

Crestor 5, 1/2 - 2

18073 Tareg 160 - 1

28,00x6 Glucophage 1000, 1 - 1

984,00x3 Xarelto 20, 1 - 1

196,20x3 Crestor 5, 1 - 1

Novonorm 9,5, 1x2

240,00x3 Bantellets de contrôle glycémie - 1

4969,50

3 mois

XARELTO 20 mg  
Rivaroxaban  
28 cps

P.P.V. : 984,00 DH

Bayer S.A.



XARELTO 20 mg  
Rivaroxaban  
28 cps

P.P.V. : 984,00 DH

Bayer S.A.



XARELTO 20 mg  
Rivaroxaban  
28 cps

P.P.V. : 984,00 DH

Bayer S.A.



Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca

Crestor 5mg cp pell h30

P.P.V. : 196,20 DH



Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca

Crestor 5mg cp pell b30

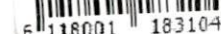
P.P.V. : 196,20 DH



Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca

Crestor 5mg cp pell b30

P.P.V. : 196,20 DH



6118001030309

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 180,30 DH



6118001030309

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 180,30 DH



6118001030309

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 180,30 DH

Bd. Al Qods, 511, Jardins Al Qods Californie ( En

Ain Chok - Casablanca - Tél.: 0612 65 13 15 / 055

28,00

28,00

28,00

28,00

28,40

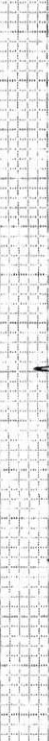
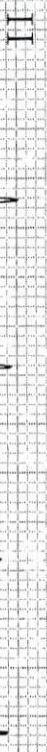
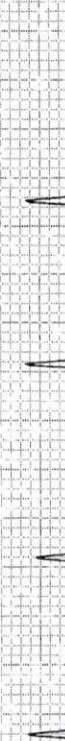
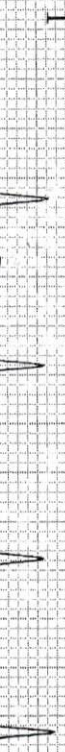
28,00



AUTO 10mm/mV

10mm/mV

Dr BENJELLOUN mohammed karim  
2020-07-07 16:21



ID: KASRI

Nom: MOHAMED

Sexe:

Taille:

Poids:

FC

[bpm]: 83

Intervalle PR

[ms]: 160

Durée P

[ms]: 100

Durée QRS

[ms]: 87

Durée T

[ms]: 312

QT/QTc

[ms]: 415/488

Axe P/QRS/T

[deg]: 152.7/12.0

R(V5)/S(V1)

[mV]: 0.64/0.32

R(V5)+S(V1)

[mV]: 0.96

<<Conclusions>>

25mm/s AC50Hz+EMC35Hz+DFT

Médecin \_\_\_\_\_



☒ **valable 3 mois**

Le 07/07/2020

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE** ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme (M) : Kerri Aboune

Présente Atoumenin +

Nécessitant un traitement d'une durée de : 3 mois, à renouveler

(voir ordonnance)

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca



# On·Call<sup>®</sup> Extra

Blood Glucose Test Strips

50

For testing glucose in blood using  
the On·Call<sup>®</sup> Extra meters.  
For self testing or professional use.



**Contents:**

- 50 Test Strips
- Package Insert



CE 0123

Σ 50

# On·Call<sup>®</sup> Extra

Blood Glucose Test Strips

50

For testing glucose in blood using  
the On·Call<sup>®</sup> Extra meters.  
For self testing or professional use.



**Contents:**

- 50 Test Strips
- Package Insert



CE 0123

Σ 50



# On·Call<sup>®</sup> Extra

Blood Glucose Test Strips

50

For testing glucose in blood using  
the On·Call<sup>®</sup> Extra meters.  
For self testing or professional use.



**Contents:**

- 50 Test Strips
- Package Insert



CE 0123

Σ 50