

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 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 tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

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

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

N° P19- 055997

N.D. 39597

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0749 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SOUHAIL Abda Plati

Date de naissance : 01/07/1934

Adresse : 17000 Rue des cigognes Femme Putnam

CAHABIA

Tél. : 0658926336 Total des frais engagés : 1415,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Souhail Abdallah Age : 86

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cardiopathie ischémique

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

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 10/09/2021

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
01/08/2020	C2 + E4		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/09/20	1115,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

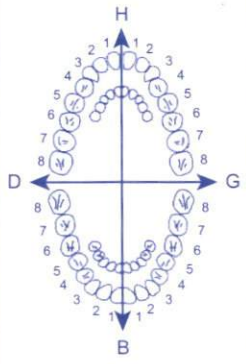
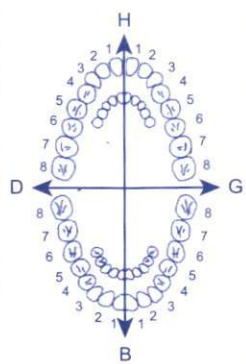
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'occlusion.

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			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. Ghita BENHAYOUN

Spécialiste en pathologie cardiovasculaire
D.I.U Echocardiographie
de la Faculté Victor Segalen Bordeaux II
D.U cardiologie pédiatrique
de la Faculté René Descartes Paris V



د. غيثة بن حيون

اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين
دبلوم الفحص بالصدى بكلية بوردو II
دبلوم أمراض القلب عند الأطفال بكلية باريس V

Casablanca, Le : 04/08/2006

M^e Souhail Abdallah

Attale Zouir

20700x3
9210

1) Kaudergr 75

0 - 1 - 0

20800x3
62400

2) Asverum 5/5

1 - 0 - 0

8310x2
16620

3) Temronine 100

1 - 0 - 0

11670x2
23340

30 cor 20

0 - 0 - 2

Signature

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
Kardégic 76 mg, sac b 30
P.P.V.: 30,70 DH
5 118000 061847

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
Kardégic 76 mg, sac b 30
P.P.V.: 30,70 DH
5 118000 061847

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
Kardégic 76 mg, sac b 30
P.P.V.: 30,70 DH
5 118000 061847

208,00

208,00

208,00

83,10



83,10



Distribué par MSD Maroc,
BP 136 Bouskoura
A.M.M.: 216/16DMP/21/NRC
PPV: 116,70 DH



Distribué par MSD Maroc,
BP 136 Bouskoura
A.M.M.: 216/16DMP/21/NRC
PPV: 116,70 DH





Pharmacie NARJIS
SKALLI ZAKIA
FACTURE

Page :1

N° FACTURE :386029
Date :04/09/2020

Client :
SOUHAIL ABDALLAH

Désignation Produits				Quantité	P.V	Total	TVA%
KARDEGIC 75MG				3	30.70	92.10	0
COVERAM 5MG/5MG B 30 COMPRIMES				3	208.00	624.00	0
TENORMINE CMOP GM				2	83.10	166.20	0
ZOCOR 20 /28CP				2	116.70	233.40	0
Taux				0%	7%	20%	
MT HT				1115.70	0.00	0.00	
MT TVA				0.00	0.00	0.00	
Total HTVA						1115.70	
Total TVA						0.00	
Total TTC						1115.70	

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : MILLE CENT-QUINZE DIRHAMS 70 CTS

Bon rétablissement

patente 35803244

CNSS 1129908

identifiant fiscal 40900380

☒ valable 3 mois

Le 04/08/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné : Dr Beulayou Guis

Certifie que Mlle, Mme, M. : Souhaïl Abdellah

Présente Cardiopathie ischrue.

Nécessitant un traitement d'une durée de : 3 mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr BENHAYOUN Ghita

Nom : SOUHAIL ABD ELAHI004300

Sex : Case No. :

Age : 86Y Lit No. :

Clinique N : Date : 04/09/2020

Section :

Fréquence: 1000Hz

Temps d'écha 15s

FC: 64bpm

P Interval: 97ms

QRS Interval: 101 ms

T Interval: 216 ms

PR Interval: 196 ms

QT Interval: 408 ms

QTc Interval: 421 ms

P Axis: 51.00°b

QRS Axis: -15.30°b

T Axis: 35.20°b

Prompt:

MSA 64 bpm
Ane Qus 8 che
BBSt in compl

Signature Medecin :



AC IIR 50Hz/DFT/EMG

25mm/s 10mm/mV 00:00