

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.

Diologie 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.

Maladie chronique :

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

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- 060749

ND 42709

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00644 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAJJAJ Jemil

Date de naissance : 1935

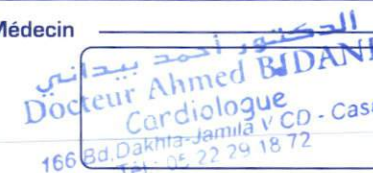
Adresse : C.T. DED DOUAM Rue 20 N°207 Casa

0681 M. 09. 39

Tél. : 0522 56 18 99 Total des frais engagés : 1750,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/05/2020

Nom et prénom du malade : HAJJAJ Jemil Age :

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

Nature de la maladie : coron, ou, art

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 : Le : 25/05/2020

Signature de l'adhérent(e) : Docteur Ahmed BIDANI, Cardiologue, 166 Bd. Dakhta-Jamila V. CO - Casa, Tél. : 05 22 29 18 72

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
23/9/20		9	300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/9/20	1750,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

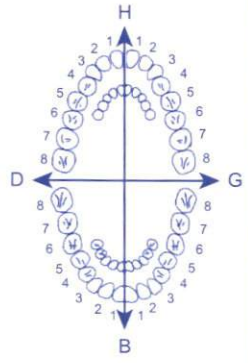
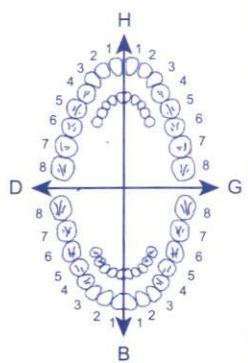
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'

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																
	<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
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(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'EX

Docteur Ahmed BIDANI

CARDIOLOGUE

Spécialiste des maladies du coeur- Vaisseaux

Circulation Sanguine.

Hypertension Artérielle

- Electrocardiographie.

- Holter ECG-Tensionnel (MAPA)

- Echo Doppler couleur cardiaque.

C.C.B

الدكتور أحمد بيداني

اختصاصي في أمراض القلب

الشرايين - الدورة الدموية

- ارتفاع الضغط الدموي

- التخطيط الكهربائي للقلب

- الهولتر.

- فحص القلب بالأمواج

ما فوق الصوتية.

- الدوبلر بالالوان.

Casablanca le : 23.09.22 في: الدار البيضاء.

1 - H2 500 x2

7950

6000 x2

1) - A2 500 x2
181; 1033

7950

2) - D3 14000 x2

4940 x2

3) - Auep5 x7

4) - clapholopel 61 x2

21300 x2

in lax 5

12

4021

Jan

75

5) - 71,30 x7
Tama Kanhou

1 - 1 - 12

6) - 0000 x2

12

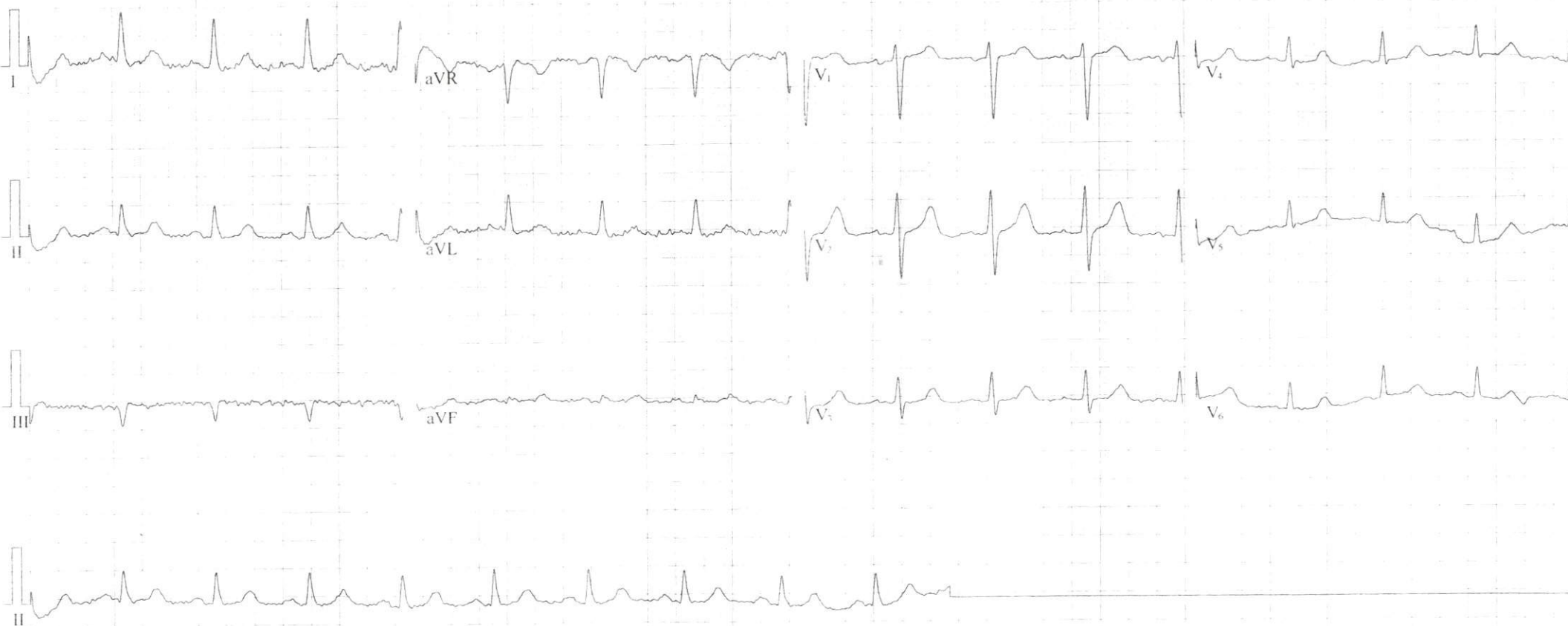
Total : 175040

شارع الداخلية رقم 166. جميلة 5. سباتة. الدار البيضاء

Bd. Eddakhla N° 166, Jamila 5, Sebata, Casablanca - Tél: 05 22 29 18 72 / 05 27 82 41 95

Fax: 05 22 59 74 03 - GSM: 06 61 17 10 15 (Urgence)

10mm/mV 25mm/s



Frequency :	1000 Hz	PR Interval :	149 ms
Sample Time :	6 s	QT Interval :	424 ms
Heart Rate :	89 bpm	QTc Interval :	516 ms
P Duration :	117 ms	P Axis :	18.4°
QRS Duration :	111 ms	QRS Axis :	18.3°
T Duration :	283 ms	T Axis :	42.1°

Suggestion :

Main Filter:On

ADS Filter:On

Physician Signature:

AZ® 500 mg
Azithromycine
Boîte de 3 comprimés
PPV : 60,00 DH
6 118000 190097

AZ® 500 mg
Azithromycine
Boîte de 3 comprimés
PPV : 60,00 DH
6 118000 190097

D3NORM®
GOUTTES BUVRABLES

8 051128 632675

AMEP® 5mg
28 comprimés
6 118000 081524

49,40

AMEP® 5mg
28 comprimés
6 118000 081524

49,40

AMEP® 5mg
28 comprimés
6 118000 081524

LOT 190542
EXP 03/2022
PPV 49.40DH

OEDES 20mg
56 gélules
6 118000 082026

LOT : 191343
PER : 04-22
PPV : 140,00DH

AMEP® 5mg
28 comprimés
6 118000 081524

49,40

AMEP® 5mg
28 comprimés
6 118000 081524

49,40

AMEP® 5mg
28 comprimés
6 118000 081524

LOT 181500
EXP 09/2021
PPV 49.40DH

OEDES 20mg
56 gélules
6 118000 082026

LOT : 200713
PER : 01-2023
PPV : 140,00DH

AMEP® 5mg
28 comprimés
6 118000 081524

49,40

tanakan 40 mg
30 COMPRIMÉS ENROBÉS
6 118000 011545

71,30

tanakan 40 mg
30 COMPRIMÉS ENROBÉS
6 118000 011545

71,30

tanakan 40 mg
30 COMPRIMÉS ENROBÉS
6 118000 011545

71,30

tanakan 40 mg
30 COMPRIMÉS ENROBÉS
6 118000 011545

71,30

tanakan 40 mg
30 COMPRIMÉS ENROBÉS
6 118000 011545

71,30

tanakan 40 mg
30 COMPRIMÉS ENROBÉS
6 118000 011545

71,30

tanakan 40 mg
30 COMPRIMÉS ENROBÉS
6 118000 011545

71,30

INILASE® 75 mg
Clopidogrel
PPV 213DH00 EXP 06/2022
LOT 90063 1

INILASE® 75 mg
30 Comprimés pelliculés
6 118000 033356

INILASE® 75 mg
Clopidogrel
PPV 213DH00 EXP 06/2022
LOT 90063 1

INILASE® 75 mg
30 Comprimés pelliculés
6 118000 033356