

# 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



NDP 17609

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0007529

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5131 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : LAROUSSI A. Date de naissance : 03.07.53  
Adresse : RAM  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. C. ABDELKHIRANE  
Cardiologue  
Clinique des spécialités Achifaa  
Angle rues Lahcen El Arjouni et Lavoisier  
(face Hôpital 20 Août)  
Tél : 0 522 859 220 - GSM : 0661 14 69 59

Date de consultation : 14/01/2010  
Nom et prénom du malade : Laroui Noureddine Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : HTA  
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 : CASI Le :  
Signature de l'adhérent(e) : Clinique des spécialités Achifaa  
Angle rues Lahcen El Arjouni et Lavoisier  
(face Hôpital 20 Août)  
Tél : 0 522 859 220 - GSM : 0661 14 69 59



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 14/01/2020      | NABA              |                       | 1000,00                         |  |
| 15/01/2020      | CS                |                       | CH                              |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 15/01/2020 | 375,00                |

## 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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

| 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<br/>00000000</td> <td>21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000<br/>35533411</td> <td>00000000<br/>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                      |  | H  |  | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | D | G | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                           | H  |                      |  |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                           | 25533412<br>00000000   | 21433552<br>00000000 |  |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                           | D  | G                    |  |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                           | 00000000<br>35533411   | 00000000<br>11433553 |  |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                           | B  |                      |  |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                           | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>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



# مصلحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjouné et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)  
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : [cliniqueachifaa@menara.ma](mailto:cliniqueachifaa@menara.ma)

Docteur :

Casablanca, le : .....

Casablanca le 15/01//2020

MR LAROUÏ NOURDDINE



236,00  
1-EXFORGE 5/80 mg

1cp/j

79,00  
2-TAHOR 10mg

1cp/j



375,00

3 mois



PHARMACIE MY YOUSSEF  
Salma CHEBBI D'OUAZZANE  
Docteur en Pharmacie  
739, Boulevard My. Youssef  
CASABLANCA - Tél : 05 22 22 27 25

## NOTE D'HONORAIRE

Casablanca, le 16/01/2020

Le Docteur Chérif ABDELKHIRANE

prie Mr Laroui Mohamed d'accepter l'expression

de ses sentiments distinguées et lui présente suivant l'usage,

sa note d'honoraires pour N.A.P.A

S'élevant à la somme de 1.000,00 Dhs.

Dr. C. ABDELKHIRANE

Cardiologue

Clinique des spécialités Achifaa

Angle rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier

(face Hôpital 20 Août)

Tél : 0 522 859 220 - GSM : 0661 14 69 59

Angle rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (Face Hôpital 20 Août) / Casa

Tél. 05 22 85 92 20 Fax 05 22 86 22 23



# RAPPORT DE PRESSION ARTÉRIELLE AMBULATOIRE HOLTER TENSIONNEL

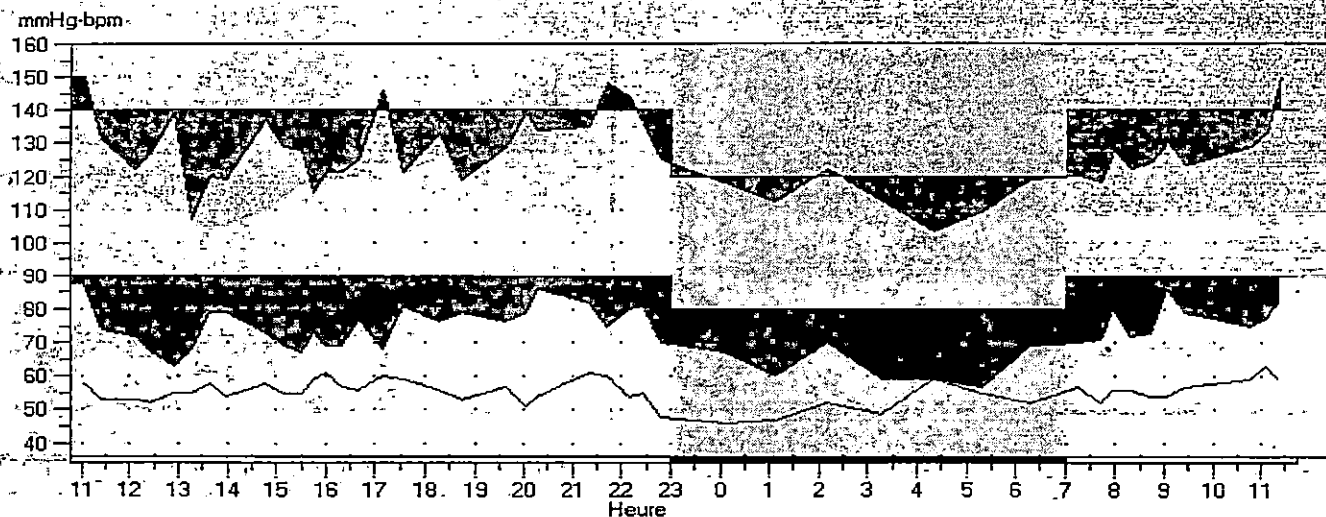


-HTA systolodiastolique grade 2 diurne et nocturne  
-pics tensionnels max 186 de PAS et 122 PAD

Nom du patient: Iaroui-nourdine

Identité du patient: 19/55

Date de test: 09-déc-2019



| Période            | Moy. FC | Heure               | Ing. P | Échant. | Clas. | Moy. Sys<br>mmHg<br>(+/- Dév. Std.) | Moy. Dia<br>mmHg<br>(+/- Dév. Std.) | Moy. FC<br>BPM<br>(+/- Dév. Std.) | Chrg. PA Sys<br>% | Chrg. PA Dia<br>% |
|--------------------|---------|---------------------|--------|---------|-------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------|-------------------|
| Ensemble           | 55      | 10:47-11:22 (24:35) | 44     |         |       | 127 (11,2)                          | 73 (7,4)                            | 55 (3,8)                          | 14                | 0                 |
| Période d'éveil    | 55      | 07:00-23:00         | 44     | 37      |       | 129 (10,2)                          | 75 (6,0)                            | 56 (3,1)                          | 14                | 0                 |
| Période de sommeil |         | 23:00-07:00         |        | 7       |       | 114 (6,6)                           | 63 (5,4)                            | 51 (4,6)                          | 14                | 0                 |

Dip endor.: Sys = 12,0% Dia = 16,3%

## Médicaments actuels

## Diagnostic du médecin

HTA

Charge normale sans Ht  
127/73 mmHg

Médecin ayant recommandé:

Signature

Date

Dr. M. ELKHIRANE  
Médecin diagnostiquant:  
Cardiologue  
Clinique des spécialités Achifaa  
Angle rues Lahcen El Arjouni et Lavoisier  
(face hôpital 29 Août)  
Signature GSM 70661 14 39 59  
Tél : 0 522 593 24

Date