

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
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



NO 17865

Déclaration de Maladie : N° P19-0008931

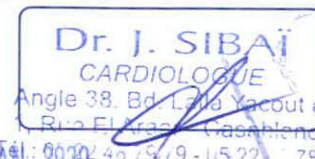
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : KANOUNI 1631 Société : Retraite RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KANOUNI MOSTAFA Date de naissance : 25 05 53
Adresse : BLED ABED N° 13 DAR BOUAZZA R° AZEMOUR CAS
Tél. : 0671 065 128 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12 JAN 2020
Nom et prénom du malade : KANOUNI MOSTAFA Age : 67
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA, Glycémie, Palpitations
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 : 24 / 01 / 2020

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
3 JAN. 2020	C ₂ +ECG		300 dhs	CARDIOLOGUE Angle 38. Bd. Lalla Yacout et 1, Rue El Anech - Casablanca Tél: 07 22 46 79 79 - 05 22 46 78 90

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAR BOUAZZA ZAHOUH Amina Bouazza Ouled Jerrar BP 93 Tél: 05 22 29 01 74 - Dar Bouazza	13/11/20	1303,00

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

الدكتور جمال السباي

اختصاصي في أمراض القلب والشرابين

خريج كلية الطب بباريس

أوقات العمل من الإثنين إلى الخميس من 9 إلى 15

والسبت من 9 إلى 11

العيادة مغلقة يوم الجمعة والسبت بعد الزوال والأحد

لأخذ موعد اتصلوا ب : 06 22 180 812

SIBAI

Médecine

5h.

Exforge 5 mg/160 mg
28 comprimés pelliculés

et le dimanche.

appeler le : 06 22 180 812

N° d'identification du praticien : 091129718

Casablanca, le

13 JAN. 2020

في

N° KANOUNI Amina

REGIME SANS SEL

Exforge 5mg/160mg 19/j

TRAITEMENT DE 3 MOIS

Kardegiz 19/j

TRAITEMENT DE 3 MOIS

Seclal 200 1/2 x 2/j

TRAITEMENT DE 3 MOIS

PHARMACIE DAR BOUAZZA
ZAHZOUHI Amina
Dar Bouazza Ouled Jerrar BP 93
Tél. : 0522 29 01 74 - Dar Bouazza

Dr. J. SIBAI
CARDIOLOGUE

Angle 38, Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar (ex. Gay Lussac) - Casablanca
Tél. : 06 22 46 79 79 - 05 22 46 78 90

LOT : 9MA0108
PER. : 08/2021
SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V. : 37DH80



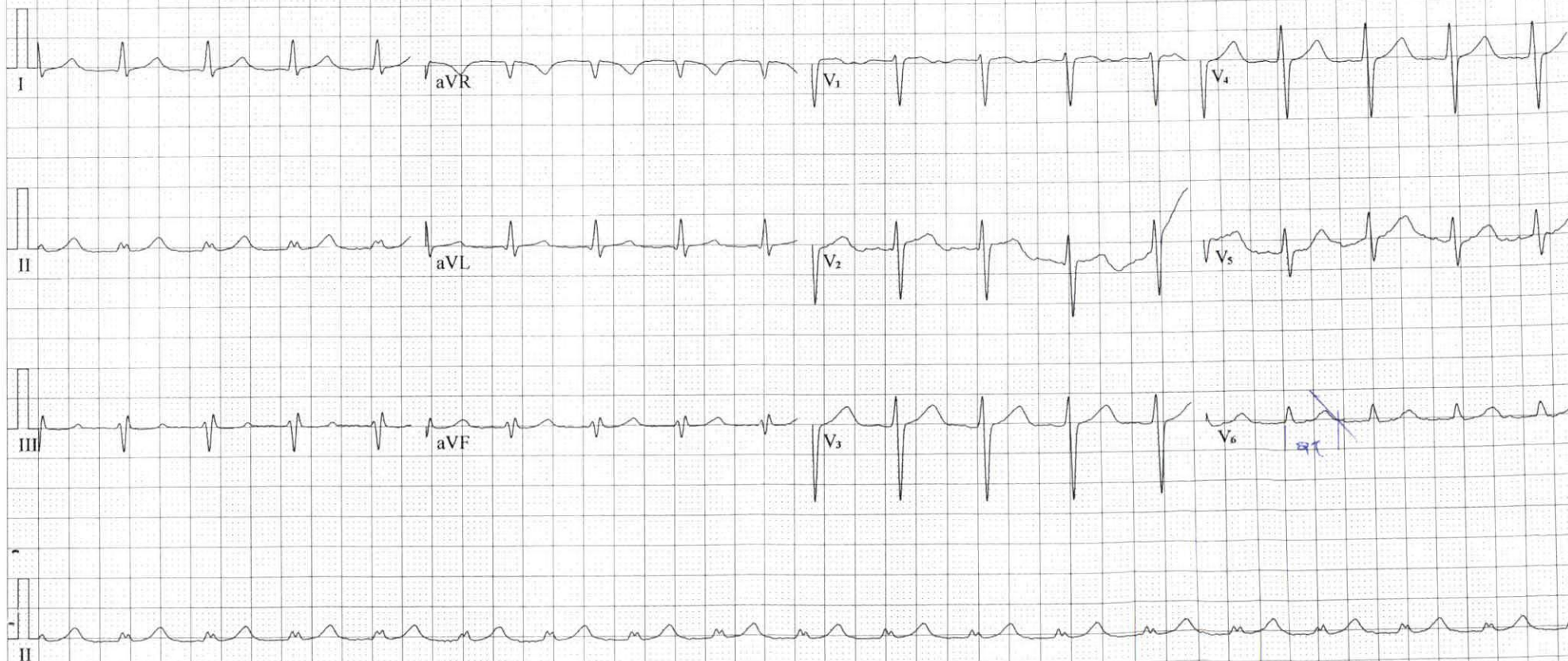
LOT : 9MA048
PER. : 10/2020
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V. : 30DH70



LOT : 9MA082
PER. : 01/2021
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V. : 35DH70



10mm/mV 25mm/s



Fréquence : 1000 Hz Intervalle PR : 226 ms

Durée Echantillon : 19 s Intervalle QT : 505 ms

FC : 107 bpm Intervalle QTc : 674 ms

Durée P : 125 ms Axe P : 50.3°

Durée QRS : 186 ms Axe QRS : 8.6°

Durée T : 289 ms Axe T : 29.7°

Suggestion :

Dr. J. SIBAI
CARDIOLOGUE
Angle 38. Bd. Yacout et
1. Rue El Moudjahid - Casablanca
Tél : 05 22 46 79 79 - 05 22 46 78 90

Signature Médecin: