

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

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 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

N° = 18059

Déclaration de Maladie : N° P19- 0013201

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2296 Société : RAM.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAHOU RACHID Date de naissance : 01/01/1966
Adresse : LOT N°10 CALIFORNIE CA COULINE D CASA
Tél. : 0661159849 Total des frais engagés : 854,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16 / 12 / 2019
Nom et prénom du malade : LAHOU RACHID Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Hypertension Artérielle
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 : CASA Le : 18 / 12 / 2019
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
16/12/19	G		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PARL AU Route 1029 Ouled Saïd - Calimie Tél: 05 22 21 90 07 - Casablanca RC: 361421	16/12/19	554,50

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
		A M	P C	I M	I V	

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'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[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 Hind EL FILALI ADIB

Cardiologue

Cardiologie Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque

Readaptation cardiaque

M. LAHLOU RACHID

الدكتورة هند الفيلالي أديب

أخصائية في أمراض القلب والشرائين

أخصائية في قسطرة أمراض القلب والشرائين

خريجة كلية الطب ببوردو

فحص القلب بالصدى - اختبار الجهد

إعادة التأهيل القلبي

le : 16/12/2019

Ordonnance

COVERSYL 5 mg, Comprimé pelliculé sécable 1CP/J LE MATIN

LIPANTHYL 160 mg, Comprimé 1GEL/J LE SOIR

REGIME PEU SALE

QSP 3 MOIS RENOUVELABLE

Dr Hind EL FILALI ADIB
Cardiologue
Cardiologie Interventionnelle
120, Bd. Moulay Idriss 1er, Résidence Moulay Idriss,
2ème Etage, N° 4 - CASABLANCA
Tél: 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20 76
CS: 001625537000091

Docteur Hind EL FILALI

PHARMACIE ARIJ
S.M. AU
Route 1028 Oued Said - Calimie
Tél: 0522 21 90 01 - Casablanca
RC: 361424

145,90

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables 5 mg



6 118000 100294

145,90

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables 5 mg



6 118000 100294

145,90

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables 5 mg



6 118000 100294

A conserver à une température inférieure à 30°C, et à l'abri de l'humidité.

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 30 د.م. ويمنأى عن الرطوبة

Lot : رقم الحصة Date de fab. : تاريخ الصنع Périemption : انتهاء الصلاحية

28275 OCT2018 SEP2020

maphar

ZI Zenata Annoussa, Casablanca, Maroc

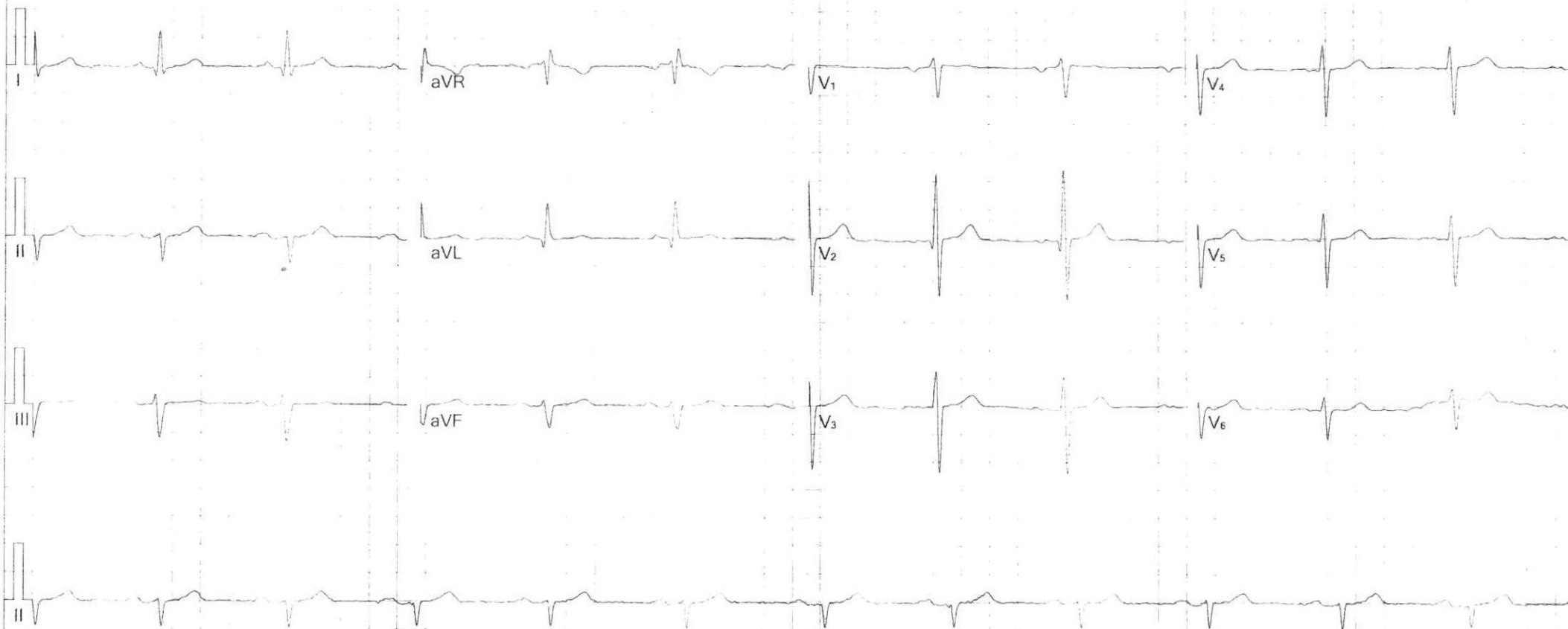
PANTHYL® 160 mg CP PEL B30

P.P.V. : 116,80 DH



6 118001 181636

10mm/mV 25mm/s



Fréquence : 1000 Hz Interval.PQ : 282 ms
Durée ECG : 16 s Interval.QT : 415 ms
FC : 64 bpm Interval.QTc : 428 ms
Durée P : 133 ms Axe P : 85.8°
Durée QRS : 128 ms Axe QRS : -51.7°
Durée T : 257 ms Axe T : 16.3°

Filtre Principal:On Filtre ADS:On

Suggestion :

[Handwritten signature]

Signature Médecin: