

## 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-456262

N°=18836

PD=18576

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1607 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BELAMINE EL HEBIB

Date de naissance : 01/10/86

Adresse : Résidence Malak Boukharro n° 8

Tél. : 0661167500

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BELAMINE EL HEBIB

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent :

Le :

31/10/19

31/10/19



# 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
31/10/19	5456		3000	INF: 09102659111

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Tel: 022 25 61 81 36 Rue Jules	31/10/2019	T = 1026,20 DH

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

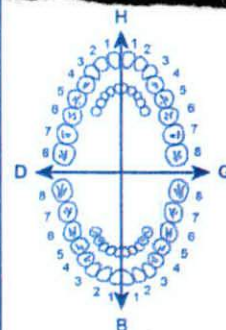
Cachet et signature du Laborantin et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRES MEDICALES 679 boulevard Armand Tel: 0522 52 83 83 Fax: 0522 52 83 83	28/10/19	340,1h	78,60
	02/11/19	340,1h	78,60
	02/11/19	340,1h	78,60

# AUXILIAIRES MEDICAUX

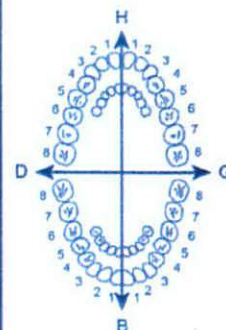
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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





Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le :

CASA , Le 31/10/2019

M. El habib BELAMINE



1) SINTROM Comprime Secable à 4 mg Bte 10 Comprime  
Prendre 3/4 comprimé le soir, pendant 3 mois

2) ANGINIB 100 MG  
1 le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

3) SAFLU Suspension Pour Inhalation à 250 µg/25 mg Flacon 120 Dose  
Prendre 1 dose le matin et le soir, pendant 3 mois

4) LASILIX Comprime à 40 mg Bte 20 Comprime  
Prendre 1 comprimé le matin, pendant 3 mois

5) ALDACTONE Comprime à 50 mg Bte 20 Comprime  
Prendre 1/2 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

6) CRESTOR Comprime Pellicule à 10 mg Bte 28 Comprime  
Prendre 1 comprimé le soir, au cours du repas, pendant 3 mois

7) SYMBICORT TURBUHALER Poudre Pour Inhalation à 400 pg/12 µg Flacon  
60 Dose  
Prendre 2 doses le matin et le soir, pendant 3 mois



P.P.V: 57DH70  
LOT: B21994  
EXP: 02.2021

LOT: 048  
PER: OCT 2021  
PPV: 150 DH 00

LOT: 052  
PER: MAR 2022  
PPV: 150 DH 00

LOT: 051  
PER: MAR 2022  
PPV: 150 DH 00



T = 102620

# BILAN BIOLOGIQUE

30/01/19  
31/12/19 / 28/01/2020

## INFLAMMATION

- ☐ - CRP
- ☐ - VS 1<sup>ère</sup> heure et 2<sup>ème</sup> heure

## IONOGRAMME

- ☐ - Potassium, Sodium, Chlore
- ☐ - Réserve alcaline
- ☐ - Protides totaux

## BILAN LIPIDIQUE

- ☐ - Triglycérides
- ☐ - Cholestérol total
- ☐ - Cholestérol HDL
- ☐ - Cholestérol LDL

## BILAN HEPATIQUE

- ☐ - SGOT (ASAT), SGPT (ALAT)
- ☐ - Gamma GT
- ☐ - Phosphatases alcalines

## BILAN URINAIRE

- ☐ - Protéinurie des 24 heures
- ☐ - ECBU
- ☐ - Ionogramme urinaire

## BILAN GLYCEMIQUE

- ☐ - Glycémie à jeun
- ☐ - Glycémie post-prandiale
- ☐ - HbA1c

## DIVERS

- ☐ - Myoglobine
- ☐ - Troponine
- ☐ - Electrophorèse des protéines

## HEMOGRAMME = (NUMERATION - FORMULE SANGUINE)

- ☐ - Globules rouges - Hémoglobine  
Hématocrite - Globules blancs...
- ☐ - Plaquettes

## BILAN DE LA FONCTION THYROÏDIENNE

- ☐ - TSH

## BILAN DE LA COAGULATION

- ☒ - Taux de prothrombine
- ☒ - INR
- ☐ - TCA malade/TCA témoin
- ☐ - Fibrinogène

## BILAN DE LA FONCTION RENALE

- ☐ - Créatinine
- ☐ - Urée plasmatique
- ☐ - Acide urique

## EXPLORATION DE LA PROSTATE

- ☐ - PSA

## ENZYMES MUSCULAIRES

- ☐ - LDH
- ☐ - CPK
- ☐ - CPK - mb

Cachet

LABORATOIRE MEDICAL MANDARIN  
679, boulevard de la République - 92000 Nanterre  
Tél.: 06 22 55 55 50 - Fax: 06 22 21 55 50