

# 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.

## éducation :

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 canalaires, 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 canalaires.

## 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 caractére 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



Maladie **MLD**  Dentaire

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **01630**

Société : **Mupras**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL Hamzaoui Zabia**

Date de naissance : **4-11-58**

Adresse : **21, Rue Najila Nahlaoud - Gantier - casa**

Tél. : **0522270489** Total des frais engagés : **1315,00 DH**

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. SRAIRI Abdeslam  
- CARDIOLOGUE -  
4, Rue Abdelkader Mouftar  
(Ex. Clemenceau) - Casablanca**

Date de consultation : **03 JUIN 2020**

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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(e) :

Le : **11/10/2020**

## **RELEVE 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
03 JUIN 2020	(2)			
	ECH		250,-	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE EL ANDALUS MME H. EL ARAKI TÉL: 022-32-22-22-22</i>	03/06/2020	1061.10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

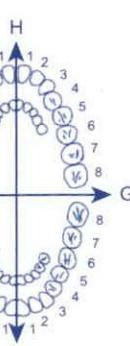
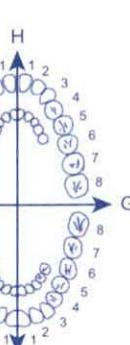
AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE 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'ostéodensitométrie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX											
				MONTANTS DES SOINS											
				DEBUT D'EXECUTION											
				FIN D'EXECUTION											
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

# Docteur Abdesselam SRAIRI

الدكتور عبد السلام السرايري

Maladies du Coeur et des Vaisseaux  
Ancien Professeur à la Faculté  
de Médecine  
Ancien Chef de Service  
de Cardiologie de l'Hôpital Averroès

## ECHO-HOLTER-ECG EFFORT

4, Rue Abdelkader Mouftaker  
(ex. Clémenceau) Casablanca 20.080  
Tél. : 05.22.27.38.59/05.22.22.01.12

P. SRAIRI  
CARDIOLOGUE  
05131367  
Abdesselam

أمراض القلب والشرايين  
أستاذ مقرر بكلية الطب سابقاً  
رئيس قسم أمراض القلب  
تشفي ابن رشد سابقاً

83,10

4, رنقة عبد القادر مفتقر  
ـ (بريسو سابقاً) الدار البيضاء 20.080  
ـ 05.22.27.38.59/05.22.22.01.12  
ـ الهاتف:

Casablanca, le ... 03 JUIN 2020 .....

El HAFIZAOSI Zakia  
97,60 Nowel 26  
2 1 per jour

107,50 x STRITA 210 5/5  
1 per jour

83,10 TENDORMINE  
4 1 par

NOG. 10  
Container de l'entremetage  
Prochaine contrôle

97,60

97,60

3 mois

Dr. S. Abdesselam  
Casablanca  
Mouftak  
Rue Abdelkader Mouftak  
Ex-Clémenceau  
N° 4  
EL ANFA  
BP 131367

D. S. Abdesselam  
Casablanca  
Mouftak  
Rue Abdelkader Mouftak  
Ex-Clémenceau  
N° 4  
EL ANFA  
BP 131367

107,50

107,50

107,50



# Docteur Abdesselam SRAIRI

Maladies du Coeur et des Vaisseaux  
Ancien Professeur à la Faculté  
de Médecine  
Ancien Chef de Service  
de Cardiologie de l'Hôpital Averroès

## ECHO-HOLTER-ECG EFFORT

4, Rue Abdelkader Mouftaker  
(ex. Clémenceau) Casablanca 20.080  
Tél. : 05.22.27.38.59/05.22.22.01.12

# الدكتور عبد السلام السرايري

أمراض القلب والشرايين  
أستاذ مقرر بكلية الطب سابقاً  
رئيس قسم أمراض القلب  
بمستشفى ابن رشد سابقاً

4, رنقة عبد القادر مفتقر  
(كليمونسو سابقاً) الدار البيضاء 20.080  
الهاتف: 05.22.27.38.59/05.22.22.01.12

P. SRAIRI Abdesselam  
CARDIOLOGUE  
091131367

Casablanca, le .....

03 JUIN 2020

Je soussigné, Docteur ABDESELAM SRAIRI, Professeur en cardiologie, certifie avoir reçu comme frais d'honoraires de M

La somme de :

El HAJI ZAKIA  
deux cent cinquante DH (250,00)

Pour un examen cardiovasculaire avec :

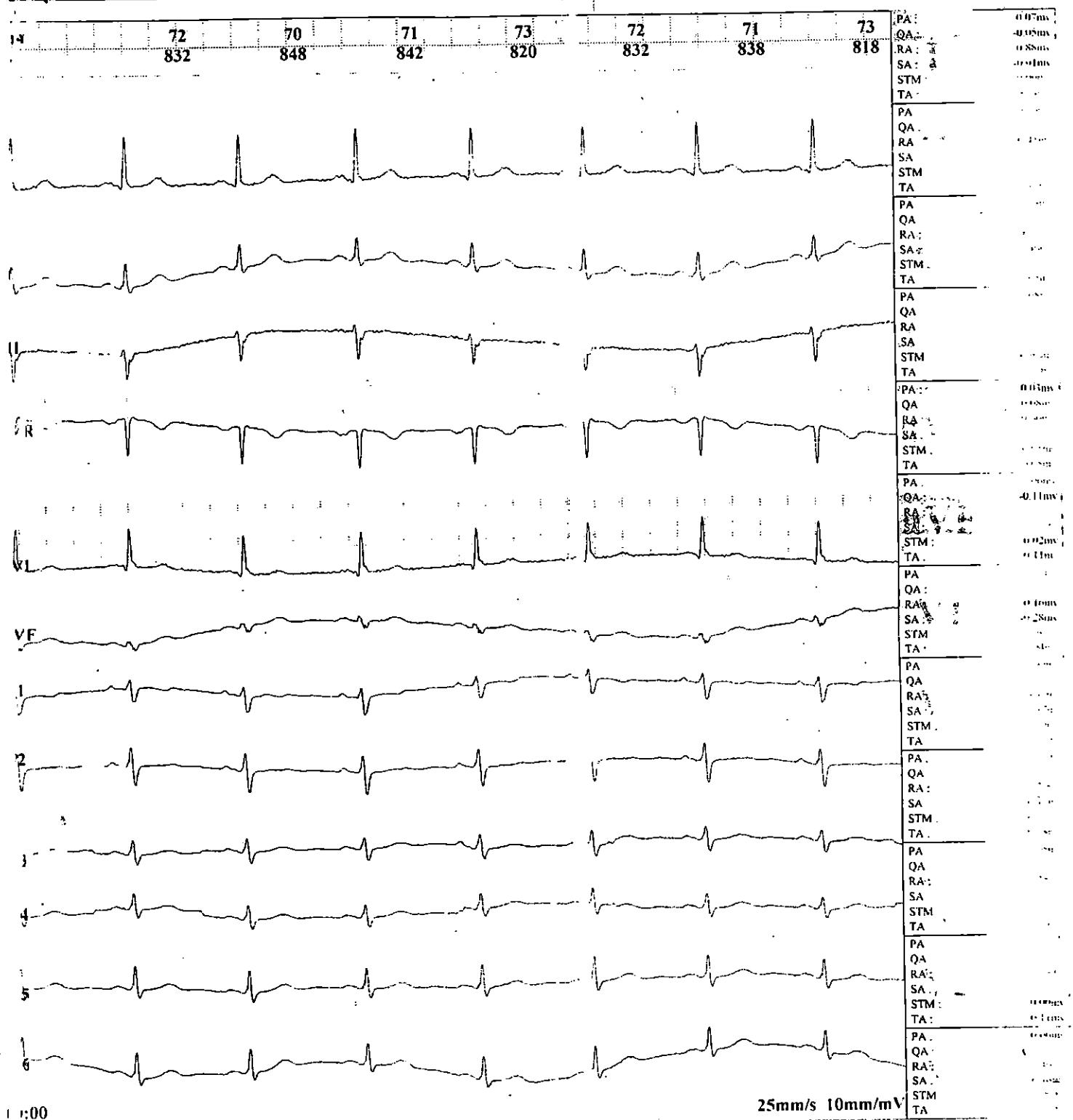
- Electrocardiogramme

Dr. SRAIRI Abdesselam  
Cardiologue -  
4, Rue Abdelkader Mouftaker  
(ex. Clémenceau) Casablanca

03 JUIN 2020

ECG

Name: ElHamzaoui Zaki Sex: Female Age: 70 Clinic No.: Section:  
 SN: 0014841 Case No.: Bed No.: Date: 06/03/2020



Frequency: 1000 Hz PR Interval: 152 ms Prompt:  
 Sample Time: 14 s QT Interval: 376 ms Total Beats 15, N = 1 Beats 15,SVE 0 ,VE 0 .

RR Interval:	75 bpm	QTc Interval:	412 ms
PR Interval:	98 ms	P Axis:	50.27@b
QRS Interval:	94 ms	QRS Axis:	-6.05@b
Interval:	214 ms	T Axis:	50.74@b

68 75 13/8

Dr. SRAIRI Abdeslam  
 CARDIOLOGUE  
 Rue Abdellah Mouffak  
 Clemenceau, Casablanca

Physician Signature: