

## 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 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**

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-551449

56859

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule : <u>1876</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	<u>NOUQATI EL MOSTAFA</u>
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
		<u>09/04/1953</u>	
Adresse :			
		Tél. : <u>06685058 05</u>	Total des frais engagés : <u>1262,50</u> Dhs

<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin :			
<i>LE SEEUR DE CARDIOLICS</i>			
Date de consultation : <u>12/01/2021</u>			
Nom et prénom du malade :			
<u>NOUQATI EL MOSTAFA</u>			
Age: <u>68</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
<u>BP&amp;H</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
<i>BP&amp;H</i>			
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 : 26/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant de l'acte des Honoraires	Rachet et Agrégation au Médecin attenant le Régiment des Actes
10/12/2011	3 +		1500 DT	1500 DT
	KITCHEN		1500 DT	1500 DT

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES HABOUS BOUDALI DIOURI TELE 0522 24 61 11 FAX 0522 24 61 11	12/11/2011	AF 62,10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

# Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur-Holter

Patient:

ن. القلب والأوعية الدموية

ر.يس

و. الدوبليير بالألوان

Cardioaspirine 100 mg/30cps

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

M. D. AUGER

Casablanca, le 12

LOT: 065
PER: AVR 2023
PPV: 150 DH 00

LOT: 065
PER: AVR 2023
PPV: 150 DH 00

LOT: 065
PER: AVR 2023
PPV: 150 DH 00

27.03.23

Traitements  
Trois (03) mois

150,00 X 3 :

Traitements  
Trois (03) mois

91,00 X 3

Traitements  
Trois (03) mois

41,80 X 3

—

356, Rue Mos

Tél.: 05

LOT: N02
PER: 03-2022
PPV: 91,00 DH

LOT: P02
PER: 08/2022
PPV: 91,00 DH

LOT: N02
PER: 03-2022
PPV: 91,00 DH

LOT: P02
PER: 08/2022
PPV: 91,00 DH

LOT: P02
PER: 08/2022
PPV: 91,00 DH

LOT: 20E12
PER: 09/2023
PP.V: 41DH80

AVALOCARDYL 40MG  
CP SEC B50

118000 010227

06 65 14 69 96

LOT : 191564  
PER : 04-2022  
PPV : 140,00 DH

LOT : 200713  
PER : 01-2023  
PPV : 140,00 DH

LOT : M0310  
EXP : DEC 2021  
PPV : 60,00 DH

LOT : M0434  
EXP : 02 2023  
PPV : 60,00 DH

A VENDEUR CONSEILLER  
Dr. Professeur A. A. Maamri  
356, Rue Hassan II  
Tel.: 0522 22 18 84 / 0522 26 13 36

BOTTU SA  
PPV : 49 DH 00

49,00

1563 P

PHARMACIE DES HALLES  
Mme. BOUDALI DIOURI Latifa  
Tél 0522 24 61 79  
Fax 0522 24 19 28

NOUQATI, EL MOSTAFA  
ID:  
0yr  
Unknown  
Complaints

08-Jan-2021 18:18:32

Vent rate: 65 BPM  
PR int: 180 ms  
QRS dur: 73 ms  
QT/QTc: 352 / 363 ms  
P-R-T axes: 49 -12 16

RYTHME SINUSAL

ECG NORMAL

ATTENTION: LA QUALITE DES DONNEES PEUT INFLUENCER L'INTERPRETATION

Revu par \_\_\_\_\_



الدكتور سعد السلمي

اختصاصي في أمراض القلب والarteries الدموية

خريج كلية الطب بباريس

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

فحص القلب بالصدى والدوبلير بالألوان

Docteur Saâd SOULAMI

Spécialiste des Maladies du Coeur et Vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ex-Professeur à la Faculté de Médecine

de Casablanca

Echo Doppler Couleur - Holter



## ELECTROCARDIOGRAMME

NOM ET PRÉNOM :

DATE :

Noureddine Mââni  
10/10/2021

