

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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



57434

~~SCANNER~~

## Déclaration de Maladie : N° P19-0020039

- ☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1423 Société : MUPRAS  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : LECHHEB Date de naissance : 17/7/53  
 Adresse : 109 Bd Omar EL KHAYAT  
 Tél. : 066176535 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. A. DAHREDDINE  
Cardiologue Interventionnel  
Casablanca

MUPRAS

Date de consultation : 27/10/2020

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cardiopathie

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 : / /

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                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 27/10/2020      | C8 + ECG          |                       | 300 DH                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 27/10/2020 | 1035,00               |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

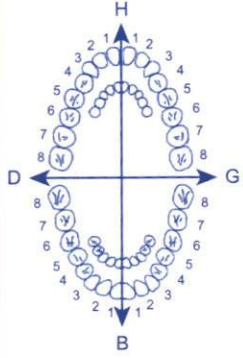
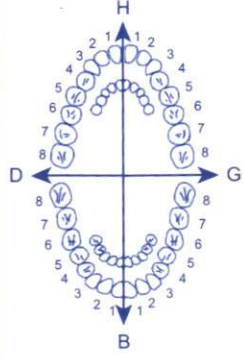
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 canaux, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|---|--|------------------|-------------|-------------------------|
|    |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   |  |                  |             |                         |
|   |  |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|   |  |                  |             |                         |
|   |  |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|   |  |                  |             |                         |
|   |  |                  |             | FIN D'EXECUTION         |
|   |  |                  |             |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             H<br/>             25533412<br/>             00000000<br/>             D           </div> <div>             21433552<br/>             00000000<br/>             G<br/>             00000000<br/>             35533411<br/>             B           </div> </div> |                  |             |                         |
|  | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |             | 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

Dr. Abdessamad Dahreddine

Spécialiste des Maladies du Cœur  
et des Vaisseaux

Diplômé en Cardiologie Interventionnelle  
à l'Université Paris XII

Ancien chef d'Unité de Cathétérisme  
Cardiaque à l'Hôpital Avicenne de Rabat



الدكتور عبد الصمد ظهر الدين

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين

حائز على دبلوم قسطة القلب

و الشرايين بجامعة باريس

رئيس سابق لقسم قسطة القلب و الشرايين

بمستشفى ابن سينا بالرباط

27.10.2020

Casablanca, le .....

Mr LECHHAB Omar

(avis 48h avant l'épreuve d'effort)

1 CARDENSIEL 2,5 mg cp pellic séc : B/30

1 comprimé le matin et le soir, pendant 3 mois.

2 CARDIOASPIRINE 100 MG

1 comprimé à midi, pendant 3 mois.

3 COVERSIL 5 mg cp pellic séc : Pilul/30

1 Comprimé le matin, pendant 3 mois.

4 CRESTOR 5 mg cp pellic : Plq/30

1 Comprimé le soir, pendant 3 mois.

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 5mg cp pel b30  
P.P.V. : 114,10 DH

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 5mg cp pel b30  
P.P.V. : 114,10 DH

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 5mg cp pel b30  
P.P.V. : 114,10 DH

PHARMACIE ODYSSEE  
Asmaa AMOR  
15 bis, Rue Tanane, Ferme Bretonne  
Beauséjour Casablanca  
Tél/ Fax: 0522 25 52 63

DAHREDDINE  
Cardiologie Interventionnel  
Casablanca  
GSM: 06 66 54 35 06

Comp  
Cardensiel 2,5mg B30  
PPV : 50,70DH

Comp  
Cardensiel 2,5mg B30  
PPV : 50,70 DH

Comp  
Cardensiel 2,5mg B30  
PPV : 50,70DH

Comp  
Cardensiel 2,5mg B30  
PPV : 50,70DH

Comp  
Cardensiel 2,5mg B30  
PPV : 50,70DH

Comp  
Cardensiel 2,5mg B30  
PPV : 50,70DH

رواق عبد المومن 202، شارع عبد المومن، رقم 32 - الدار البيضاء

الهاتف : 06 66 54 35 06 - 05 22 86 04 63 - المستعجلات : 06 88 16 06 51

Galerie Abdelmoumen 202, Bd. Abdelmoumen, (Entre sol N° 32) - Casablanca - Tél.: 05 22 86 04 63

06 66 54 35 06 - Urgence : 06 88 16 06 51 - E-mail : dahreddineabdessamad@gmail.com



# Dr DAHREDDINE A.

## ECG

Nom :

Sex :

Age :

Clinique N :

Section :

SN : 0001295

Case No. :

Lit No. :

Date : 27/10/2020 15:21:47



V6

00:00

IIR 50Hz/DFT

25mm/s 10.00mm/mV

|               |        |               |    |
|---------------|--------|---------------|----|
| Fréquence:    | 1000Hz | PR Interval:  | -- |
| Temps d'écha  | 8s     | QT Interval:  | -- |
| FC:           | 61bpm  | QTc Interval: | -- |
| P Interval:   | --     | P Axis:       | -- |
| QRS Interval: | --     | QRS Axis:     | -- |
| T Interval:   | --     | T Axis:       | -- |

Prompt:

Signature Medecin :