

## 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 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

- 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 Fekir 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° S19-0006051

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1423 Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Leakyheb Omar Date de naissance : 01/07/1983

Adresse : 109 Bd Omar EL KHAYATI Casablanca

Tél. : 066170535 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 :

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
30/12/2020	CG + ECG		3000 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/12/2020	2193,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

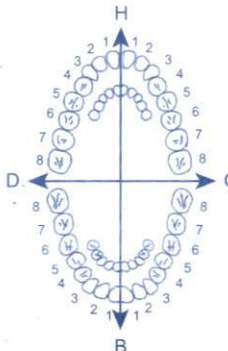
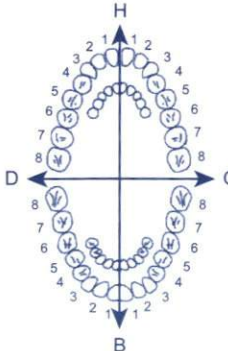
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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

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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			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

Casablanca, le 30.12.2020

**Mr LECHHAB Omar**

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 COVERSYL 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.

5 JANUMET 50 mg/1000 mg cp pellic : Plq/50x1

1 Comprimé le matin et le soir, au cours du repas, pendant 3 mois.



PHARMACIE ODYSSEI  
15 bis, Rue Tanane, Femme Beltonne  
Tel/Fax: 0522 25 52 63  
Asma AMOR

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 5mg cp pel b30  
P.P.V : 114,10 DH  
6 118001 183104

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 5mg cp pel b30  
P.P.V : 114,10 DH  
6 118001 183104

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 5mg cp pel b30  
P.P.V : 114,10 DH  
6 118001 183104

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

6 118001 100859  
CARDENSIEL 2,5 mg B30  
PPV: 50,70 DH

6 118001 100859  
CARDENSIEL 2,5 mg B30  
PPV: 50,70 DH

6 118001 100859  
CARDENSIEL 2,5 mg B30  
PPV: 50,70 DH

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

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



Résultats mesures :

QRS : ms  
 QT/QTcB : / ms  
 PQ : ms  
 P : ms  
 RR/PP : / ms  
 P/QRS/T : / / degr  
 QTD/QTcBD : ms  
 Sokolow : mV  
 NK :

Interprétation:

rapport non confirmé .

