

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

- 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° W19-471866

7 2380

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 810 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : EL FADEL AHMED
 Date de naissance : 01.01.1935
 Adresse : Hay Nly Abdo Ppsh
 Tél. : 06 6119 7955
 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
19 AVR 2021		05,5h 200,00		INP : 0910288574

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/04/2021	716,70

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 de l'ODF.																			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []															
				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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D																		
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	G																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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. Saïd CHRAIBI

Professeur en Cardiologie
de la Faculté de Médecine
de Casablanca

Ancien Médecin des Hôpitaux de Genève

**Spécialiste des maladies du cœur
et des vaisseaux**

Cardiologie adulte - Cardiologie pédiatrique
Hypertension artérielle - Echographie Doppler
Holter tensionnel - Holter rythmique - Epreuve d'effort



الدكتور سعيد الشرايبي

أستاذ في أمراض القلب
طبيب سابق بمستشفيات جنيف

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين
وارتفاع الضغط الدموي

الفحص بالصدى - الهولتر - الفحص بالجهد

Casablanca le :

19 AVR 2021

F. B. Fadel Almer

98.10.23

Co Syvel 1/5



98.10.23

1 - 0 - 0

Noel 20

0 - 0 - 1



الصيدانية العالمية
مشارف فكري
15 رقم 187
حي مولاي عبد الله زينة
05 22 21 83 15
عن الشفق - الهاتف
INPE : 092028166

مركز عبد المومن - تقاطع شارع عبد المومن و شارع أنوال السلطاني الخامس، رقم 501 (فوق مقهى المدينة)، الدار البيضاء
Abdelmoumen Center - Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen, 5^{ème} étage, n°501 (au dessus du café Al Médina), Casablanca

الهاتف / الفاكس : 05 22 86 00 46 - 05 22 86 04 46 - المستعجلات : 06 64 476 471 - Urgences : 06 64 476 471 - E-mail : sdchraibi@gmail.com - Tél/Fax : 05 22 86 00 46

43,20 23 31

Zy Loric 300

15 رقم 18
05 22 21 8
INF

716.20

30

Professeur CHRAÏBI Saïd
CARDIOLOGUE
Abdelmoumen Center Angle Bdt. Abdelmoumen
et A. 5ème Etage - Casablanca
Tél : 05 22 86 00 46 / 05 22 86 04 46

14010058



6 118001 130269

COSYREL 5mg/5mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

43,20

NOCOL® 20 mg ○
30 comprimés pelliculés
6 118000 071174

ZYLORIC 300 mg ○
Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 61 DMP/21/INTT
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO



6 118000 022275

14010058



6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

97,69

43,20

NOCOL® 20 mg ○
30 comprimés pelliculés
6 118000 071174

14010058



6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

ZYLORIC 300 mg ○
Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 61 DMP/21/INTT
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO



6 118000 022275

NOCOL® 20 mg ○
30 comprimés pelliculés
6 118000 071174

ZYLORIC 300 mg ○
Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 61 DMP/21/INTT
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO



6 118000 022275

97,60

97,60

43,20

Pr CHRAIBI Said

ECG

Nom : EL FADEL AHMED

Male

Age :

Clinique N :

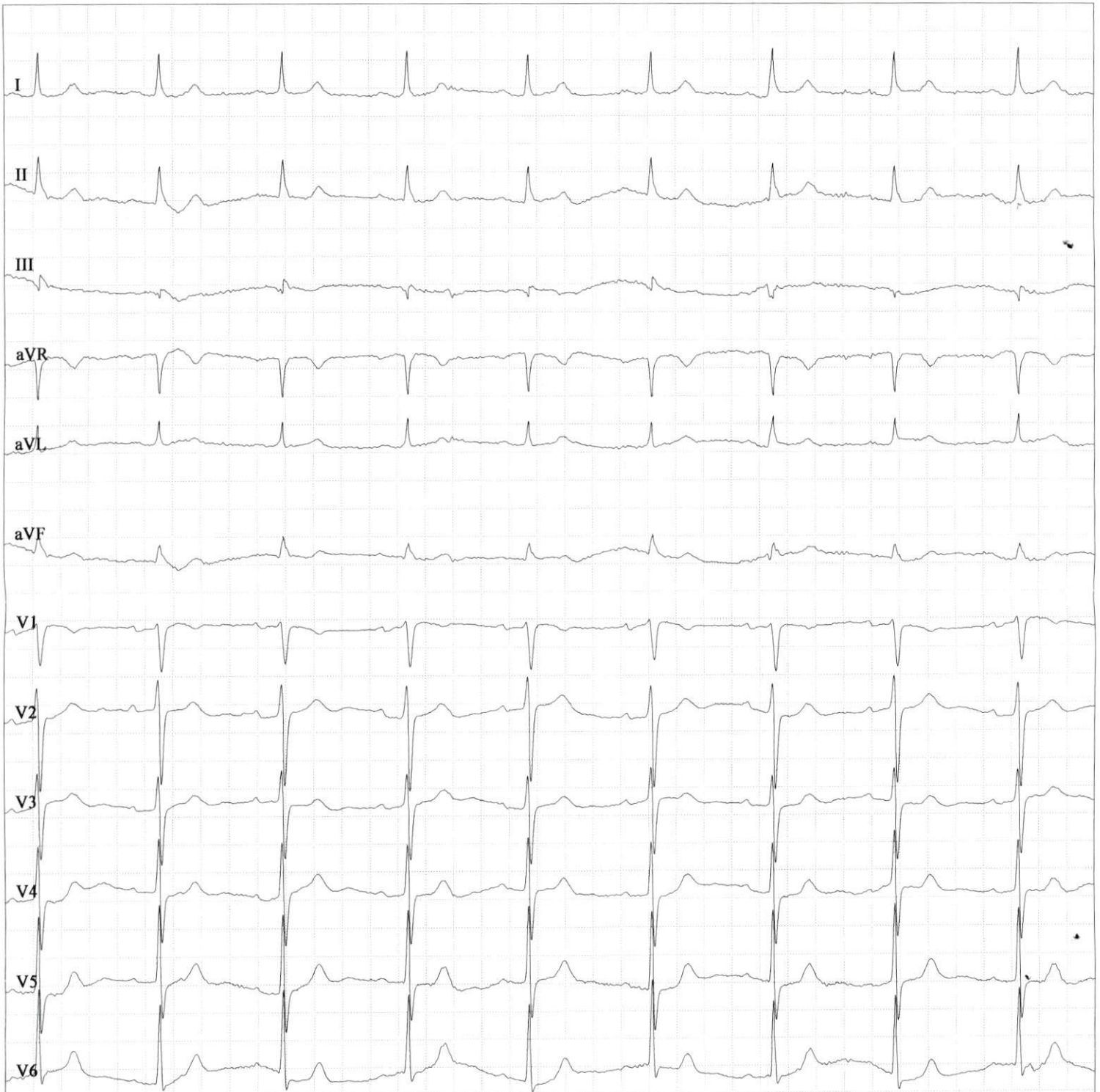
Section :

SN : 0000408

Case No. :

Lit No. :

Date : 19/04/2021 10:52:21



00:00

IIR 50Hz/DFT

25mm/s 10.00mm/mV

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	--
Temps d'écha	8s	QT Interval:	--
FC:	69bpm	QTc Interval:	--
P Interval:	--	P Axis:	--
QRS Interval:	--	QRS Axis:	--
T Interval:	--	T Axis:	--

Prompt:

Professeur CHRAIBI Said
CARDIOLOGUE
 Abdelmoumen Center Age - Abdelmoumen
 Anoual 5ème Etage - Casablanca
 06 22 86 00 46 / 06 22 86 04 46

Signature Medecin :