

# 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.

## Education :

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.

## Accident :

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

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 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° P19-0031628

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 285 Société : 72753

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN AMAR A

Date de naissance : 8-7-1937

Adresse : 104 RUE 36 MAJHARA H.21 CAS

Tél. : 06 61 72 67 17 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/05/2017

Nom et prénom du malade : M. BEN AMAR A. Age : 79

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

Nature de la maladie : H-T-A

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
25.05.2021		3	300	EL MAKHLOUF Ali Professeur Agrégé Cardiologie 5, Rue Med. Abdouh Casa Tél: 70 81 55 54 - 05 22 47 26 89

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture



25/05/2021

1235,00

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

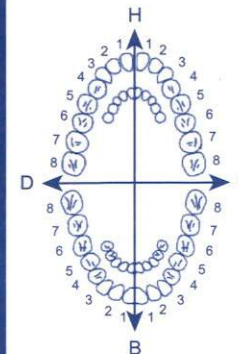
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D

00000000 00000000

35533411 11433553

B

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

285

**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
Cardiologie adulte et pédiatrique  
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou  
CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Casablanca, le 25 Mai 2021

MME Zohra BENAMAR

1 - ZYLORIC 100 : 1 PAR JOUR  
SANS ARRET.

2 - CARDIX 25 mg :  
1/2 CP LE MATIN SANS ARRET A MIDI

3 - EXFORGEHCT 5 mg/160 mg: 12.5 mg:  
1 PAR JOUR SANS ARRET

4 - INEXIUM 20 mg: 1 Cp SOIR sans arret

5 - KARDEGIC 75 mg:  
1 SACHET PAR JOUR SANS ARRET

$89.00 \times 4 = 356,00$

$286.00 \times 2 = 572,00$

$30.70 \times 10 = 307,00$

1235,00

R. Zohra

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89



**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE**  
**EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :**

**05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54**

**OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83**



28 Comp  
LOT: 319  
PER: FEB 2023  
PPV: 89 DH 00  
PHARMACEUTICAL

28 Comp  
LOT: 346  
PER: FEB 2024  
PPV: 89 DH 00

28 Comp  
LOT: 319  
PER: FEB 2023  
PPV: 89 DH 00  
PHARMACEUTICAL

28 Comp  
LOT: 335  
PER: SEP 2023  
PPV: 89 DH 00

ide  
مل  
28  
عن  
NOVARTIS  
PPV: 286,00 DH

ide  
مل  
28  
عن  
NOVARTIS  
PPV: 286,00 DH

LOT: 20E012  
PER: 06 2022  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V: 30DH70  
6 118000 061847

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Kardegic 75 mg. sac b 30  
P.P.V: 30,70 DH  
6 118000 061847

LOT: 20E007  
PER: 06 2021  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V: 30DH70  
6 118000 061847

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Kardegic 75 mg. sac b 30  
P.P.V: 30,70 DH  
6 118000 061847

LOT: 21E001  
PER: 09 2022  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V: 30DH70  
6 118000 061847

LOT: 19E006  
PER: 06 2021  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V: 30DH70  
6 118000 061847

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Kardegic 75 mg. sac b 30  
P.P.V: 30,70 DH  
6 118000 061847

LOT: 20E012  
PER: 06 2022  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V: 30DH70  
6 118000 061847

LOT: 21E001  
PER: 09 2022  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V: 30DH70  
6 118000 061847

LOT: 21E001  
PER: 09 2022  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V: 30DH70  
6 118000 061847



mdw

Nom: BENAMAR ZOHRA  
Numéro: BENAMAR ZOHRA  
M ou Mme: Féminin  
Né le: 20/07/1945 75 années

P / PQ: 117 ms / 150 ms  
QRS: 137 ms  
QT/QTc/QTd: 387 ms / 431 ms / -  
Axe P/QRS/T: 48° / -52° / 102°  
Rythme cardiaq 85 bpm

Enregistré: 25/05/2021 14:24:11  
Enregistré par:  
Médecin de référence  
Médecin prescripteur:  
Médecin traitant:  
Endroit:  
Commentaire:

INTERPRETATION NON CONFIRMEE

(285)

B. 150/70

63

