

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.

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.

Prothétique :

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

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° P19-0034909

73999

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 811 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : YAALA SAUD BEN ALI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:



Date de consultation : 10 JUIN 2021

Nom et prénom du malade : YAALI SAUD BEN ALI Age : 87

Lien de parenté : Fils/mère Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

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) :

RELEVE 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
01/01/2023	ex ca		250	ABDELKADER MOURAFI ABDELLAH BENJELLOUN ABDELKADER MOURAFI ABDELLAH BENJELLOUN

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	

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 des

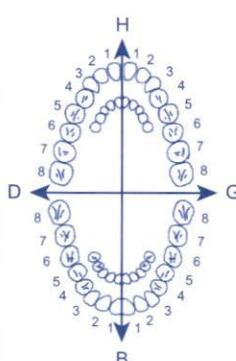
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Abdesselam SRAIRI

Maladies du Coeur et des Vaisseaux
Ancien Professeur à la Faculté
de Médecine
Ancien Chef de Service
de Cardiologie de l'Hôpital Averroès

ECHO-HOLTER-ECG EFFORT

4, Rue Abdelkader Mouftaker
(ex. Clémenceau) Casablanca 20.080
Tél. : 05.22.27.38.59/05.22.22.01.12

الدكتور عبد السلام السرايري

أمراض القلب والشرايين
أستاذ مبرز بكلية الطب سابقا
رئيس قسم أمراض القلب
بمستشفى ابن رشد سابقا

رقة عبد القادر مفتخر
كليمونسو سابقا) الدار البيضاء 20.080
الهاتف: 05.22.27.38.59/05.22.22.01.12

ELECTROCARDIOGRAMME



Nom : *YAHIA Said Bey Ali*

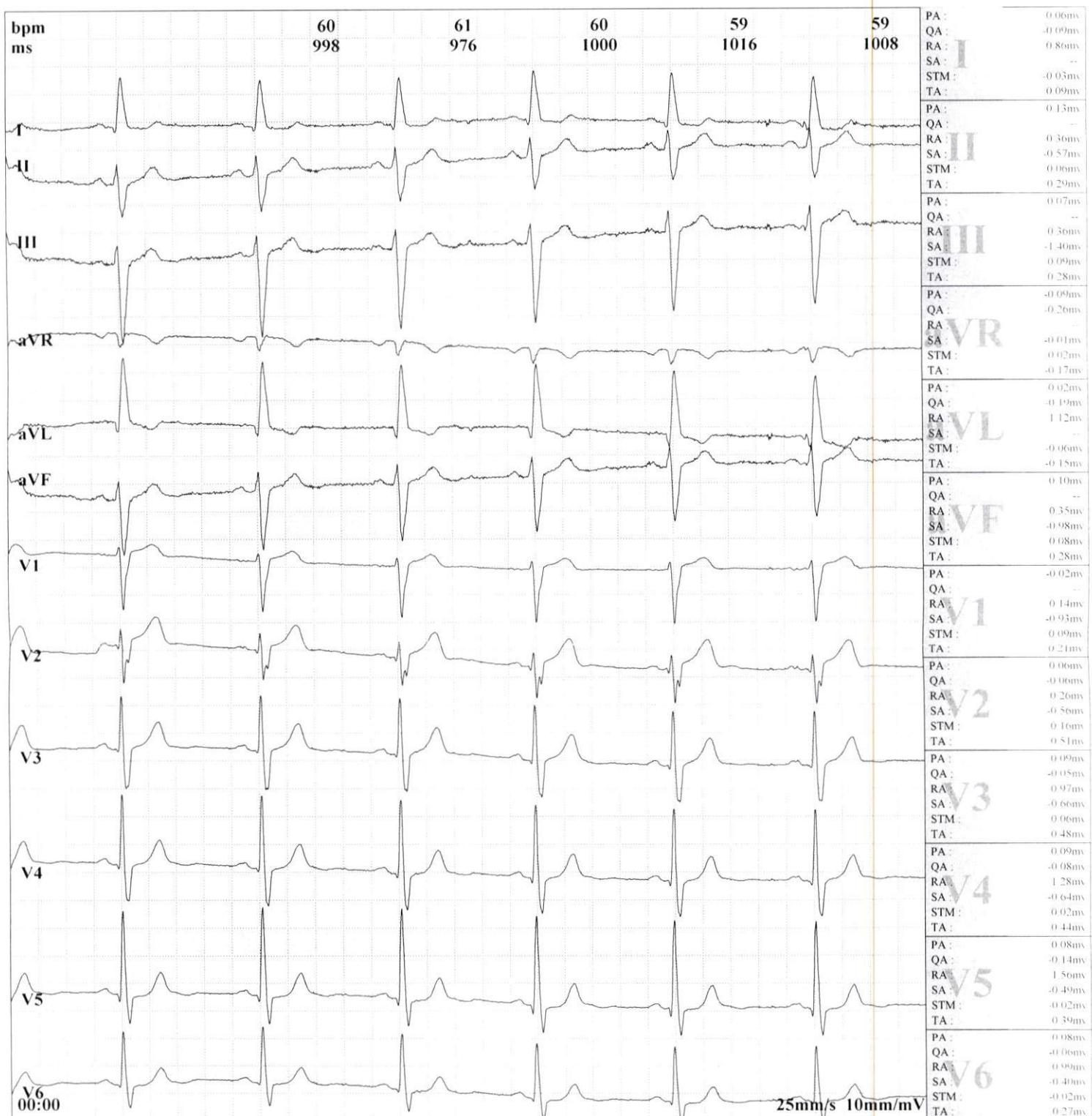
Date :

04 MAI 2020

04 MAI 2020

ECG

Name: Yaala Said Ben Ali Sex: Male Age: 88
 SN: 0014727 Case No.: Bed No.:
 Clinic No.: Date: 05/04/2020 Section:



Prompt:

Total Beats 12 ,Normal Beats 12,SVE 0 ,VE 0 .

Frequency: 1000 Hz PR Interval: 120 ms
 Sample Time: 14 s QT Interval: 390 ms
 HR: 60 bpm QTc Interval: 388 ms
 P Interval: 82 ms P Axis: 55.29°Cb
 QRS Interval: 108 ms QRS Axis: -46.86°Cb
 T Interval: 176 ms T Axis: 84.31°Cb

60 14/8

60,70

Elf-HV

Dr. SRAIRI Abdeslam
 - CARDIOLOGUE -
 Rue Abdellkader Mouttair
 Clemenceau - Casablanca
 Physician Signature: