

# 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.

## Educateur :

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.

## Prothèse :

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- 0048937

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2268 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite  
Nom & Prénom : ICHCHOU Abdelaziz  
Date de naissance : 11-12-1955  
Adresse : Hay EL Wods Resid. EL FAIR Im Yasmine n°2 Bernoussi Casablanca.  
Tél : 06 73 23 34 52 Total des frais engagés : 627,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BAADDY Naima  
Cardiologue  
طبيبة اختصاصية في أمراض القلب والأوعية الدموية  
Cité Alg. 15 Tranche I Rue 16 Numéro 75  
1er étage Sidi Bernoussi Casablanca  
Tél : 05 22 75 18 35

Date de consultation : 20/11/2021  
Nom et prénom du malade : Ichchou Abdelaziz Age : 66  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : HTA grade 2  
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 : Casablanca Le : 20/11/2021  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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
20/11/21	CS + EIG		250	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FOUARAT JAMAL MOHAMMED TAOUFIK Bd Al Fouarat, Hay Al Qods, C.C EL Qods 591 - Casablanca - Tél.: 0522 76 00 00	20/11/21	377,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

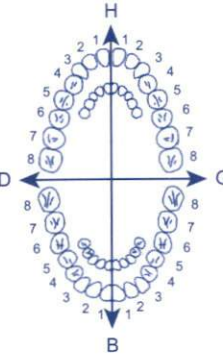
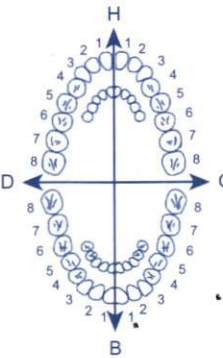
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 de

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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><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																	
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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. BAADDY Naima

Médecin spécialiste en Cardiologie  
Lauréate de la faculté de médecine casablanca  
Diplômée de la faculté de médecine bordeaux  
Hypertension artérielle - Epreuve d'effort  
Echographie doppler cardiaque et vasculaire  
Holter rythmique - Holter tensionnel



## الدكتورة بعدي نعيمة

خريجة كلية الطب و الصيدلة  
بالدار البيضاء و بورديو بفرنسا  
ارتفاع الضغط الدموي  
فحص القلب و الشرايين بالصدى و الدوبلير بالألوان  
تخطيط القلب أثناء المجهود

Casablanca le :

20/11/2021

PHARMACIE FOUARAT  
JAMALI MOHAMMED TAOUFIK  
Sds, C.C.E.L Qods 2  
0522 76 00 00

M<sup>W</sup> Ichchou Abdelaziz



3x 98,10

- Cosyrel 5/5 1-0-0

3x 27,70

- Cardioaspirine 0-1-0

(3 mois)

(3 mois)



الدكتورة بعدي نعيمة  
Dr. BAADDY Naima  
Cardiologue  
طبيبة اختصاصية في أمراض القلب والشرايين  
Cité Alqods Imame Chaffi, Tranche 1 Rue 16 Numéro 75  
1er étage Sidi Bernoussi Casablanca  
Tél : 05 22 75 18 35

PHARMACIE FOUARAT

JAMALI MOHAMMED TAOUFIK

Sds, C.C.E.L Qods 2

Al Fouarat, Hay Al Qods, C.C.E.L Qods 2

0522 76 00 00

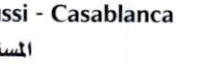
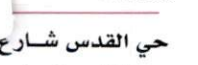
Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



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.



14010058



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

14011057



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

14011057



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

حي القدس شارع الإمام السعدي جبرته في رقة 16 رقم 75 الطابق 1 سيدي برنوصي الدار البيضاء  
Cité Alqods Av Imam Chaffi, Tranche 1 rue 16 N° 75 1er étage - Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél : 05 22 75 18 35 الهاتف : Urgence : 06 59 21 92 17 المستعجلات



Name: ichchou abdelaziz Cli No.:

Sex: Male

Age: 65Y

SN: 0009307

Section:

CaseNo.:

BedNo.:

Date: 20/11/2021 11:51:33



00:00 AC+DFT+EMG 25mm/s 10mm/mV

Frequency:	1000Hz	QT Interval:	388ms
Sample Time:	8s	QTc Interval:	408ms
HR:	67bpm	P Axis:	36.50;°
P Interval:	97ms	QRS Axis:	2.40;°
QRS Interval:	74ms	T Axis:	58.10;°
T Interval:	190ms	RV5/SV1	0.80/0.85mV
PR Interval:	201ms	RV5+SV1	1.65mV

Prompt:

Total Beats 8 , Normal Beats 8 .  
Longitudinal Left axis deviation; I AV block; possible old inferior MI;

Doctor: