

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.

Diagnostique 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

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- 055578

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03719 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHIHEB ABDELRADEK

Date de naissance : 10/03/1959

Adresse : INARA 1 RUE 26 N° 4 CASA

Tél. : 0663300048 Total des frais engagés : 1059,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/12/2024

Nom et prénom du malade : Chiheb Rachid Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : H.T.A + Syndrome

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 : CASA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : Achil

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/12/2021	809.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

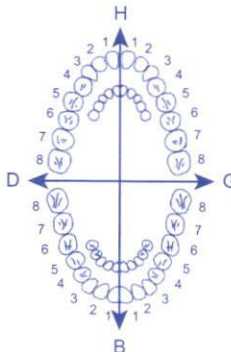
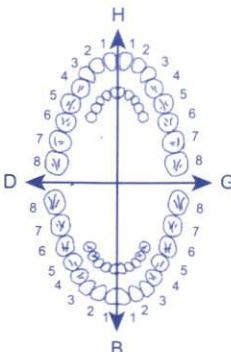
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					
					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 BENJELLOUN Mohammed Karim

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux
Hypertension Artérielle, ECG (Tracé du cœur)
Cholestérol, Holter ECG et Tensionnel
Diplômé d'Echocardiographie Doppler
BORDEAUX



الدكتور بن جلون محمد كريم

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
والضغط الدموي - الكولسترول...
التخطيط الكهربائي للقلب، الهولتر
الفحص بالصدى
جامعة بوردو

Casablanca, le : 10.12.2021

N° Chèques Reçus

150,00 x 4

- Vexan 300 : 1 -

- Statinal 20 : 1 -

24,40 x 4

- Levothyrox 100 : 1 -

28,00 x 4

- Glucophage 100 : 1 -

- D cure : 1 -

809,60

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
rimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

8001 102020
Levothyrox® 100 µg,
rimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

150,00

150,00

150,00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Aprovel 150 mg, cp b 28
P.P.V : 158,30 DH

6 118001 080892

Dr. BENJELLOUN Mohammed Karim
CARDIOLOGUE
Bd. Al Qods - Ain Chok
511 - Jardins Al Qods Californie
En Face poste Police et concessionnaire RENAULT
Tél: 0522 52 57 45 - Gsm:

PHARMACIE CHARM CHAM
K - CASABLANCA
06 22 21 02 18
SAPL

28,00

AUTO 10mm/mV

I

II

III

aVR

aVL

aVF

25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+DFT

10mm/mV

V1

V2

V3

V4

V5

V6

Dr BENJELOUN mohammed karim

2021-12-10 12:47

ID:CHIHEB

Nom: RACHIDA

Taille: _____ cm Poids: _____ kg Sexe: _____ Age: _____

FC [bpm]: 60

Intervalle PR [ms]: 165

Durée P [ms]: 110

Durée QRS [ms]: 97

Durée T [ms]: 255

QT/QTc [ms]: 402/403

Axe P/QRS/T [deg]: 41.7/36.4/60.2

R(V5)/S(V1) [mV]: 1.12/0.77

R(V5)+S(V1) [mV]: 1.89

<<Conclusions>>

Médecin _____