

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 CA

N° M21- 048066

102809

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1864 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : KOUTANI MOHAMED

Date de naissance : 1945

Adresse : CITE HASSANI RAJA 528 N.94 CASAB

Tél. : 0522891944 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/01/2022

Nom et prénom du malade : KASSENE FATIMA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
02/02/22	G	K16	3000H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. MENJRA Samir Angle Bd. Hassan - Casablanca Tél : 05 22 89 10 05	02/02/22	540,60

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 l'

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 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	[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



Échodoppler cardiaque et vasculaire - Epreuve d'effort - Holter rythmique et tensionnel

Casablanca le

02/02/2022

M² Kasse de Tahira.

Pharmacie MEBJURA
Dr. MEJURA Samir
16, Angle Bd El nou Sineba Rue 4
Hay Hassani - Casablanca
Tél : 05 22 83 50 05

306,00

1/ Amlit 5/160

185,20

up 11 netui

Ilze
Zuois

2/ Nebilet

1/2 ep d'uride

Dr ZOHEIR Fatima
CARDIOLOGUE
230, Bd Brahim Roudani
Maarif - Casablanca

3/ Amlipr

49,40

up 1c 6

ep regime Hypo enotterolur

T₂ 540,60

49,40
LOT 21N102
EXP 11/24
PPV 306DH00

103,20

☐ **valable 3 mois**

Le 02/02/2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

KASSEDE FATIMA

Présente

HTA Diabète

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois (TL Durée)

Dont ci-joint ordonnance :

du 02/02/2022

(à défaut noter le traitement prescrit)

pour 3 ans

KASSED FATIMA

N° patient

Date de naissance 28.02.1950 (71 Y.)

Sexe féminin

ECG de repos Évaluation du We 02.02.2022 10:30

Données examen

QRS (ms)	79
P (ms)	111
PQ (ms)	214
QT (ms)	441
QTc B. (ms)	407 (104%)
QTc disp. (ms)	30
Axe QRS	-24°
FC	51
RR moy (ms)	1176

Rapport non confirmé

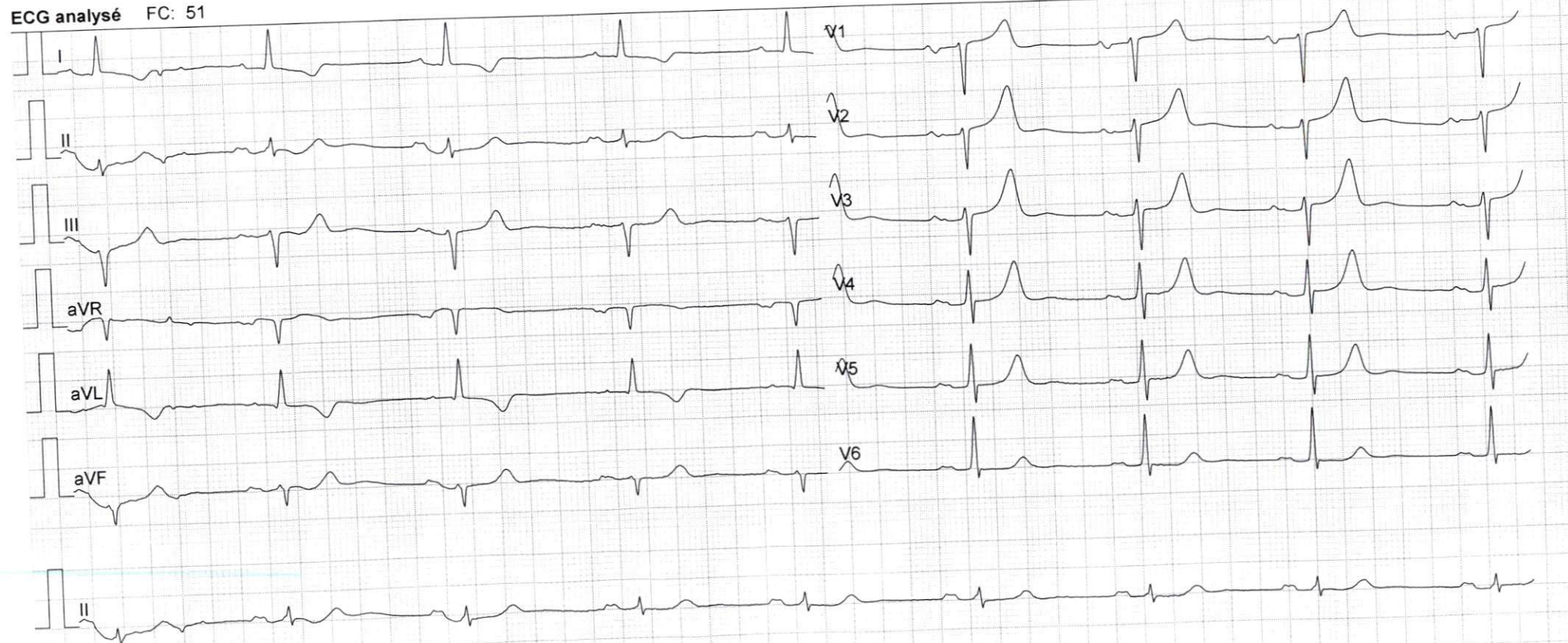
rythme bradycardiaque sinusale

type gauche

Block AV 1. degré

ST elevation in channel V2, negative T-Wave in channels I, aVL, Hyperkaliémie possible

ECG analysé FC: 51



KASSED FATIMA

N° patient

Date de naissance 28.02.1950 (71 Y.)

Sexe féminin

ECG de repos Évaluation du We 02.02.2022 10:26

Données examen

QRS (ms)	81
P (ms)	107
PQ (ms)	216
QT (ms)	449
QTc B. (ms)	402 (103%)
QTc disp. (ms)	33
Axe QRS	-24°
FC	48
RR moy (ms)	1250

Rapport non confirmé

rythme bradycardique sinusale

type gauche

Block AV 1. degré

ST elevation in channel V2, negative T-Wave in channels I, aVL, Hyperkaliémie possible

ECG analysé FC: 48

(25 mm/s 10 mm/mV 0.05Hz - 45Hz / 50Hz true wave®)

