

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 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

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

N° M21- 074545

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0433 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Joti Naima Epouse Guessoul

Date de naissance : 03-3-41

Adresse : 109 Rue Lalla Haya Hay Salam

Tél. : 0522362253 Total des frais engagés : 806,70 + 250,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/06/2022

Nom et prénom du malade : GUESSOUL JOTI Naima 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 : 8/6/2022

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
08/06/22	ECG	1/6	2800	Dr. HAFDI Nouredine Cardiologue 445, Route des Palmiers - Casablanca Tel: 0522.86.36.87

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

8/6/22 816,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

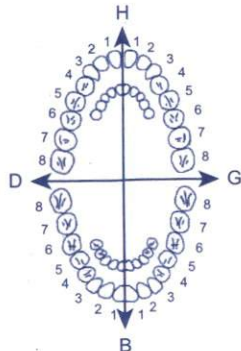
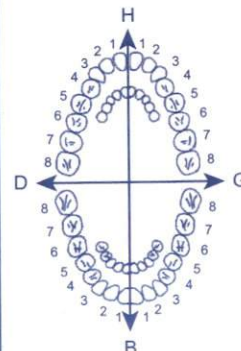
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Ancien attaché au service de cardiologie au CHU IBN ROCHD
- Ex Medecin Directeur du CHP MY YOUSSEF
- Ex Medecin Directeur du CHP EL HASSANI
- EX Medecin Directeur du CHP SIDI OTHMANE
- Consultation et exploration Cardio-Vasculaire



- ملحق سابق بقسم امراض القلب بالمستشفى الجامعي ابن رشد
- طبيب مدير سابق لمستشفى مولاي يوسف
- طبيب مدير سابق لمستشفى الحسني
- طبيب مدير سابق لمستشفى سيدي عثمان
- تشخيص واستكشاف امراض القلب و الشرايين

Casablanca le, 08/06/21

GUESSOUS JOTI Maema

Pharmacie MILAD
283 Bd. Sidi Abderrahman
Hay Salam - C.I.L
Tel: 0522.94 65.30 - 0522.94 29 4
C.A. BLANC 29 4

- Regime pour Sida
64,20 x 3
- Amceno plus 50/115
27,70 x 3
- Cardio Asper 100 mg
140,00 x 2
- coeds 20 1/2 1/2 1/2 1/2
8700 x 3 Relaxium 300m
1/2 1/2 1/2 1/2
826,70 3 mois

Dr. HAFDI Nouredine
Cardiologue
445, 1^{er} étage - Résidence Ryad Abdelmoumen
Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tel: 0522.5636.87

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



LOT : 147
PER : 03/25
PPV : 64,20 DH

(P)

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



LOT : 147
PER : 03/25
PPV : 64,20 DH

(P)

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



LOT : 144
PER : 06/24
PPV : 64,20 DH

LOT: 210688
DLUO: 12/2024
87,00DH

LOT: 210688
DLUO: 12/2024
87,00DH

LOT: 211318
PER: 04-2024
PPV: 140,00DH

LOT: 210688
DLUO: 12/2024
87,00DH

LOT: 211540
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

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

ECG

Dr HAFDI Noureddine

NOM: GUESSUS JOTI NAIMA ID : Genre : Femme Age : 81 DOB : 01-01-1941 Date Test: 08-06-2022 12:33
Case #: Investigation #: Médecin Référent: Dr HAFDI Noureddine

10mm/mV 25mm/s



Fréquence : 1000 Hz	Interval. PQ: 216 ms
Durée ECG: 4 s	Interval. QT : 393 ms
FC : 72 bpm	Interval. QTc : 430 ms
Durée P : 111 ms	Axe P : 64.8°
Durée QRS : 87 ms	Axe QRS : 45.1°
Durée T : 276 ms	Axe T : 91.7°

Suggestion :

Dr. HAFDI Noureddine
Généraliste
445, Résidence El Hachem El Hachem
Bd. Abdou Moukoko Casablanca
Tel: 0522.86.36.87

Signature Médecin:

Filtre Principal: On Filtre ADS: On