

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- Reclamation : 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'Hôpital Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W19-481742

126575

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1333	Société : R.A.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	MEGZARI ABDELHAMID
Nom & Prénom :			
Date de naissance : 16-04-1952			
Adresse : 103, RUE ALI ABDELLAZAK - CASA			
Tél. : 0661973427			Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 <b>27 AOÛT 2022</b> <b>MEGZARI ABDELHAMID</b> <b>70 ans</b>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
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 : 27/08/2022  
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
29/07/22	Visite	3000		INP 031265911 Dr. AHMED BENNIS Spécialiste maladies cardiaques et vasculaires CASABLANCA - MAROC
29/07/22	Visite	3000		INP 031265911 Dr. AHMED BENNIS Spécialiste maladies cardiaques et vasculaires CASABLANCA - MAROC

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie D'ORANGE (SARL) Bouzid - Casablanca Télé: 05 22 69 78 37	27/07/22	55181,50

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				11111111
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF

PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433562
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le : .....

CASA , Le 27/07/2022

**M. ABDELHAMID MEGZARI**

810,00 x 3



1) UPERIO 200 MG

1 le matin et le soir, pendant 3 mois

58,70 x 2

2) CARDENSIEL 5 MG BT/ 30 CP

Prendre 1 comprimé le matin, pendant 3 mois

396,00 x 5

3) INSPRA 50 MG

le matin, pendant 3 mois

144,50

4) ESAC 20

1 le matin, avant le repas, pendant 3 mois

419,00 x 3

5) FORXIGA 10 MG

1 le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

99,100 x 2

6) LD-NOR 20 MG

1 le soir, au cours du repas, pendant 3 mois

27,70 x 1

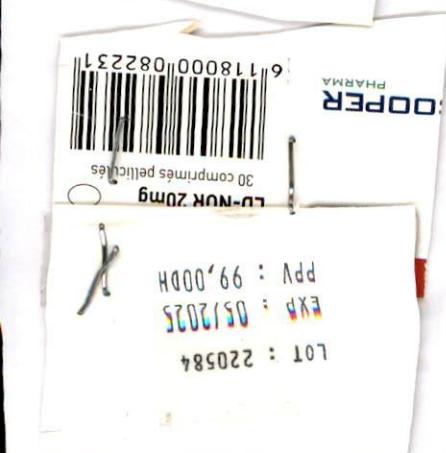
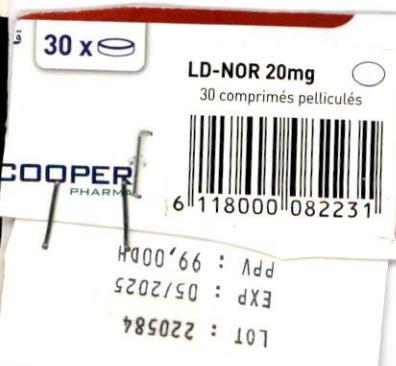
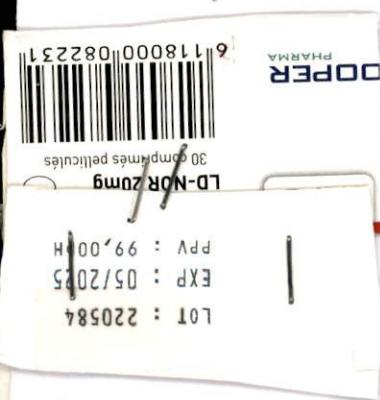
7) CARDIOASPIRINE Comprime Gastro-Résistant à 100 mg Bte 30 Comprime

Prendre 1 comprimé à midi, au cours du repas, pendant 3 mois

5518,50

Pharmacie D'APPELANT VERT  
BY DOUZ-EL-MAA (SARL)  
Dr. Mohamed SUZOUBA  
Rahma GH3 N° 58, Casablanca  
Tél: 0522697837

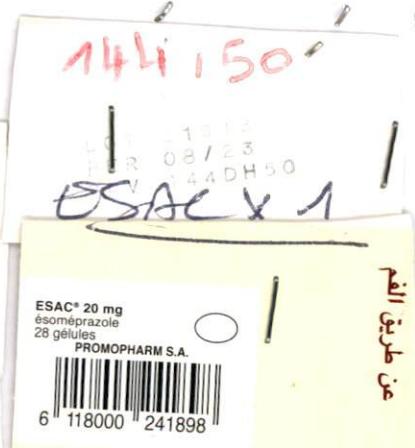
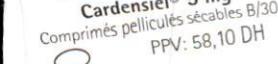
Professeur Ahmed BENNIS  
Spécialiste des maladies cardiovasculaires  
98, Rue KADI IASS - MAARIF  
CASABLANCA  
2536





INSPRA X 3

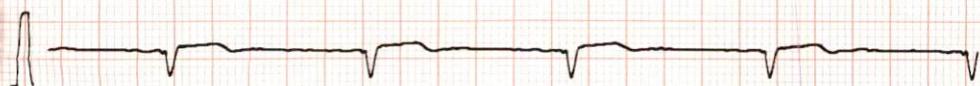
cardien x 2 X 3



**Interprétation:** RYTHME SINUSAL, POSITION HYPERGAUCHE, HEMI-BLOC GAUCHE ANTERIEUR, QRS(T) MODIFIÉ; INFARCTUS ANTER., AGE INDETERMINE

RI6.02      Rapport non confirmé

V1



V2



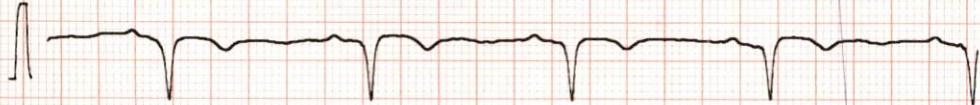
V3



V4



V5



V6



10 mm/mV 25 mm/s

MEGZARI ABDELHAMID

Né(e) le 16.04.1952

Age 70 ans

Sexe Masculin

Taille cm

Poids kg

Origine

PA

Remarque

FC 57 /min

Axes

P 33 °

QRS -51 °

T 62 °

Intervalles

RR 1055 ms

P 128 ms

PR 180 ms

QRS 94 ms

QT 438 ms

QTc 429 ms

P (II) 0.09 mV

S (V1) -0.40 mV

R (V5) - mV

Sokol. 0.50 mV

(Bazett)



10 mm/mV 25 mm