

## 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.



127163

Déclaration de Maladie : N° P19- 0015795

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 272 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AMAZIGH Zahra Date de naissance : 1939  
Adresse : Résidence Prestige Mazola, Rue 1 N°5 Casa  
Tél : 0671926895 Total des frais engagés : 792,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Dr. ALAMI M  
Professeur en Cardiologie  
264, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél. 05 22 39 01 12/06 01 13 78 01  
Date de consultation : 17 AOUT 2022  
Nom et prénom du malade : AMAZIGH ZAHRA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Anxieté d'effort  
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 : 22/08/2022  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### 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



# 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                                                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17 AOUT 2022    | Consultation      | 300 DHS               |                                 | Dr. ALAMI M.<br>Professeur en Cardiologie<br>264, Bd. Ghandi - Casablanca<br>Tél. 05 22 39 01 12 / 06 01 15 78 06 |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                | Date    | Montant de la Facture |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------|
| PHARMACIE POLYCLINIQUE<br>Dr TIR AGG<br>58, Rue Mly Thami<br>Tél: 022 90.21.57 - CASA | 17-8-22 | 492,90                |
|                                                                                       |         |                       |
|                                                                                       |         |                       |
|                                                                                       |         |                       |
|                                                                                       |         |                       |
|                                                                                       |         |                       |
|                                                                                       |         |                       |
|                                                                                       |         |                       |
|                                                                                       |         |                       |
|                                                                                       |         |                       |

# 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 l'ODF.

| SOINS DENTAIRES            | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nature des Soins | Coefficient |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>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> |                  |             | H                                                                                                                                                                                     |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
|                            | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 21433552         |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000         |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | G                |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000         |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 11433553         |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                     |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ECG

## Pr ALAMI M ( s2 )

Nom : AMAZIGH ZAHRA

Sex : Female

Age : 83

Clinique N :

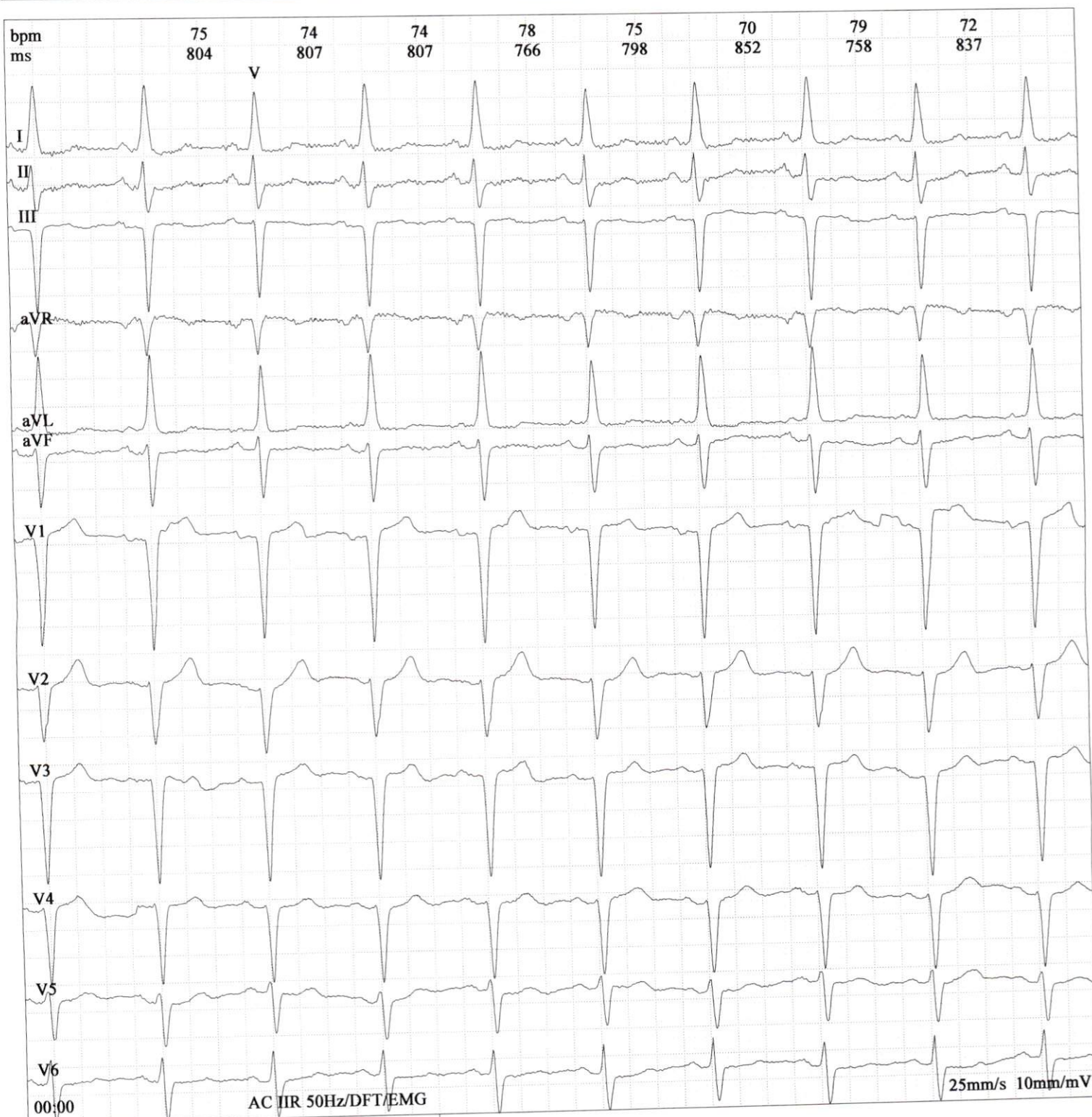
Section :

SN : 0019541

Case No. :

Lit No. :

Date : 17/08/2022



|               |        |               |          |
|---------------|--------|---------------|----------|
| Frequency:    | 1000Hz | PR Interval:  | 208 ms   |
| Sample Time:  | 17s    | QT Interval:  | 446 ms   |
| HR:           | 76bpm  | QTc Interval: | 503 ms   |
| P Interval:   | 171ms  | P Axis:       | 63.60°b  |
| QRS Interval: | 153 ms | QRS Axis:     | -35.10°b |
| T Interval:   | 266 ms | T Axis:       | 101.60°b |

Prompt:

**Dr. ALAMI M**  
Professeur en Cardiologie  
264, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél. 05 22 39 61 12/06 61 15 78 06

Signature Medecin :



Dr Alami Mohamed  
Professeur en Cardiologie  
264 Bd Ghandi.  
Residence Jawhara  
Casablanca 20200

## ORDONNANCE

17/08/2022

AMAZIGH ZAHRA

50.70 x 4  
**CARDENSIEL 2,5 (4boites)**

1cp /J

30.70 x 3  
**KARDEGIC 75 1sachet a 12H**

99.00  
**OEDES 20**

1cp /J

99.00  
**ADDITIVA**

1cp /J

6 118001 100859  
Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859  
Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859  
Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

LOT : ZZE003  
PER: 09 2023  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
6 118000 061847

LOT : ZZE003  
PER: 09 2023  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
6 118000 061847

LOT : ZZE003  
PER: 09 2023  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
6 118000 061847

20j

LOT 210828  
EXP 01/2024  
PPV 99.00DH

PPC: 99DH00

Dr. ALAMI M  
Professeur en Cardiologie  
264, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tel. 05 22 39 01 12 / 06 61 15 78 06

PHARMACIE POLYCLINIQUE  
Dr TIR ADDOIAZIZ  
68, Rte. My Thani - Hay Hassani  
Tel: 022 90.21.67 - CASA