

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

- 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

N° M21- 063465

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 680 Société : 132580
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre
Nom & Prénom : Fouad Zoubida
Date de naissance : 6.9.1956
Adresse : 12 Rue Hassan Hassan Rd ci-contre Travaux 5ème etage
Tél. : 06 55 52 21 82 Total des frais engagés : 1270,20 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ilham EL JAOUI
Cardiologue
58 Rue Moussa Ibn Noussair 1er Etage
Casablanca - Tél: 05 22 27 15 28

Date de consultation : 15/09/2011
Nom et prénom du malade : Fouad Zoubida Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : MIA
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
15/09/2022	C	01	300,00 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie FOUCAULT, 21 Rue Moussa Benou Noussair Casablanca - Tél: 05 22 28 42 26	15/09/2022	780,00
Pharmacie FOUCAULT, 21 Rue Moussa Benou Noussair Casablanca - Tél: 05 22 28 42 26	15/09/2022	190,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

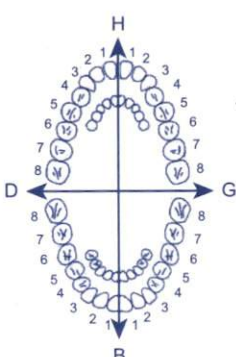
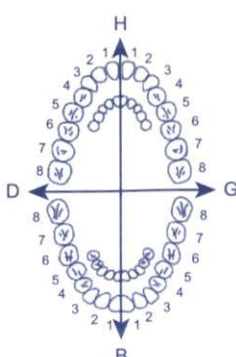
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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"/>														
				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>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Dr. Ilham EL JAOUI

Spécialiste en Cardio-vasculaire

ECG, HOLTER, Epreuve d'effort

Echocardiographie-Doppler



الدكتورة الجاوي إلهام
اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين
استكشافات القلب و الاوعية الدموية
التخطيط، فحص القلب بالصدى

Casablanca, le 15/09/2022

Mr ROUAD ROUBIDA

195,00x4

1/ Exforge 580 1cp le jour

780,00

Pharmacie FOUCAULT
27, Rue Moussa Ibn Noussair
Gauthier - Casablanca
Tél : 05 22 26 42 12

Traitement 3 Mois

Dr. Ilham EL-JAOUI
Cardiologue

58 Rue Moussa Ibn Noussair 1er Etage
Casablanca - Tél: 05 22 27 15 28

PPV: 49,60 DH
LOT: 22H01
EXP: 08/2025

PPV: 49,60 DH
LOT: 22H01
EXP: 08/2025

611800103058 3
EXFORGE ○
5mg/80mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH

611800103058 3
EXFORGE ○
5mg/80mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH

611800103058 3
EXFORGE ○
5mg/80mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH

EXFORGE ○
5mg/80mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH

58, Rue Moussa Ibn Noussair, 1^{er} étage. 20060 Casablanca شارع موسى ابن نصير الطابق الاول، الدار البيضاء

Tél.: 05 22 27 15 28 - E-mail : eljaoui82@gmail.com

En cas d'urgence : 06 62 06 04 75

Dr. Ilham EL JAOUI

Spécialiste en Cardio-vasculaire

ECG, HOLTER, Epreuve d'effort

Echocardiographie-Doppler



الدكتورة الجاوي إلهام
اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين
استكشافات القلب و الاوعية الدموية
التخطيط، فحص القلب بالصدى

Casablanca, le 26/09/2011

Mr FOUAD Zouhri

49,60 x 2

1 Derc fute 15' 6 min

91,00 x 2

21 Eucarbon 1 ya a 21

T: 190, 20



Pharmacie FOUCAULD

27, Rue Moussa Bnou Noussair
Gauthier - Casablanca

Tel : 05 22 26 42 12

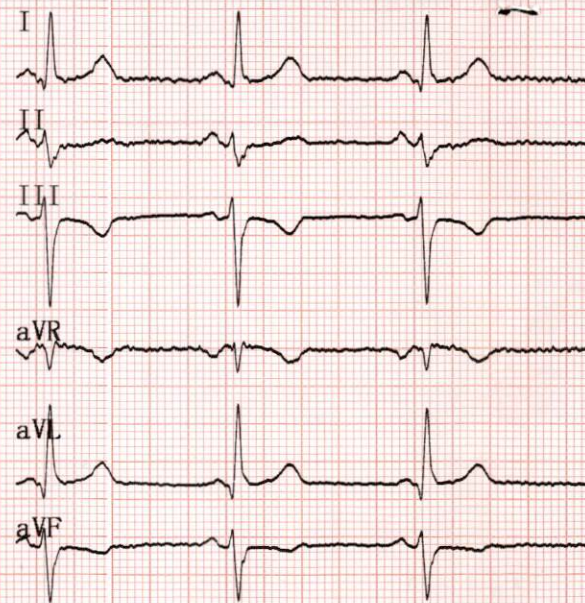
Dr. Ilham EL JAOUI
Cardiologue
58 Rue Moussa Ibn Noussair 1er Etage
Casablanca - Tel: 05 22 27 15 28

58, Rue Moussa Ibn Noussair, 1^{er} étage. 20060 Casablanca - شارع موسى ابن نصير الطابق الاول، الدار البيضاء

Tél.: 05 22 27 15 28 - E-mail : eljaoui82@gmail.com

En cas d'urgence : 06 62 06 04 75

AUTO 10mm/mV

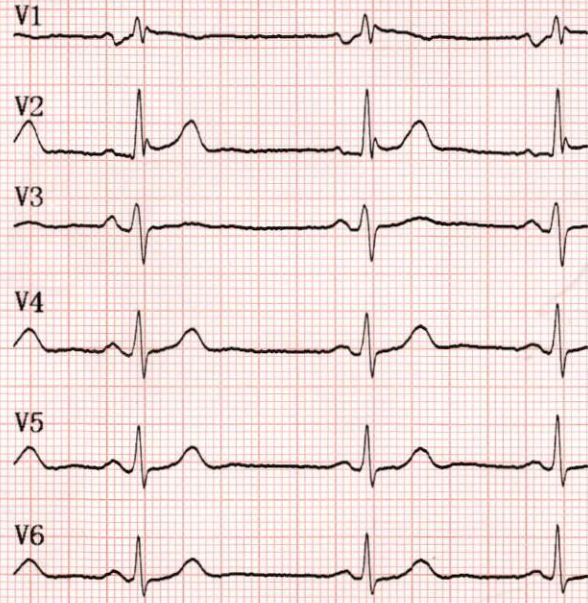


II 10mm/mV

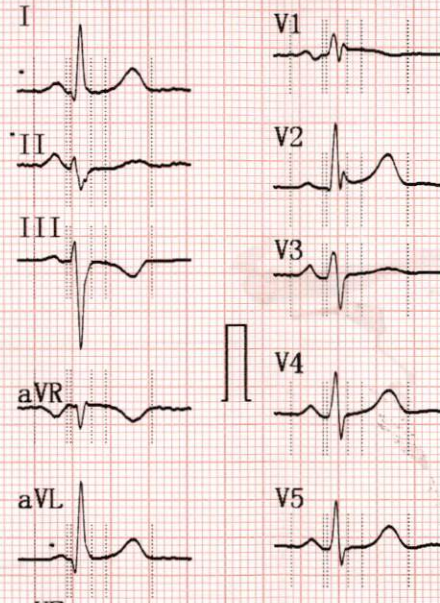


25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+DFT

10mm/mV



10mm/mV

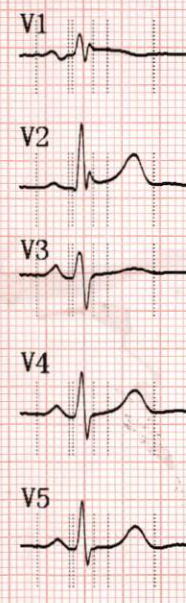


aVF



25mm/s

10mm/mV



DR ELJAQUI

1970-07-23 03:39

15/03/2022

ID: .

Name: .

Sex: .

Age: .

Height: .

cm

Weight: .

kg

SYS/DIA: .

mmHg

HR

[bpm]

PR Interval

[ms]

P Duration

[ms]

QRS Duration

[ms]

T Duration

[ms]

QT/QTc

[ms]

P/QRS/T Axis

[deg]

R(V5)/S(V1)

[mV]

R(V5)+S(V1)

[mV]

<<Conclusions>>

Normal Sinus Rhythm;

Severity Left axis deviation;

Report need physician confirm

Physician .