

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° W19-571178

134831

| | | | |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricole : 167 | | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input checked="" type="checkbox"/> Autre : | Veuve |
| Nom & Prénom : LAMDA GHTI ALLA ZAHRA | | | |
| Date de naissance : 1942 | | | |
| Adresse : 44, Rue de MEHRIA APOS HAY SALAM (CIL) CASAB | | | |
| Tél. : 06609638 Total des frais engagés : 2823,60 Dhs | | | |

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. Ichraq MANSOUR Cardiologue 249, Rés. El Mansour, 1er Etg. Appt. 1 Bd. Yaacoub El Mansour - Casablanca Tel: 05 22 30 76 70 </div> | | | |
| Date de consultation : 18/10/2022 | | | |
| Nom et prénom du malade : LAMDA GHTI ALLA ZAHRA Age: | | | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Arrythmie cardiaque | | | |
| 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/10/2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

• SSIR

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Dr. SENHAJI ABDELHAMID 21,000 P. vs Capitaine LOUEI KHALIL | 20/10/22 | 2573,60 |

Dr. SENIAJI ABDEL HAMID
98-100, Rue Capitaine LOUBÉI KHALIL
Hay Mohammadi - CASABLANCA
Tél: 0522 52 38 14

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

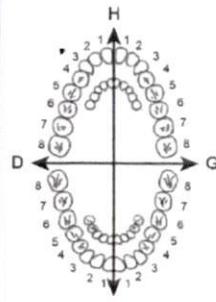
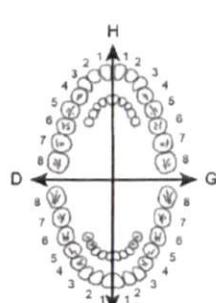
se de tous

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
|  | | | | 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 | | |
| |  | $ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $ | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | [Création, remont, adjonction] | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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 | | | | | |



- Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Médecin Attaché à l'Hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca
- Ancien Médecin interne au CHU Ibt卜 Rached de Casablanca
Bordeaux - Liège, Belgique
- Diplômée en Echo-Doppler de l'université Bordeaux II
- Diplôme en Explorations de système nerveux autonome Rabat

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة مستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقاً بالمركز الإشتشفاتي ابن رشد الدار البيضاء
بوردو فرنسا / لييج بلجيكا
- حاصلة على شهادة فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا
- حاصلة على شهادة فحص الجهاز العصبي الالادي من جامعة ابن سينا بالرباط

Casablanca le :

249, Rés. El Mansour
Bd. Yaacoub El Mansour
Tél : 05 22 39 76 70

625,00 x 3

1)

Xarelto 5 mg



98,10 x 3

1 - 0 - 0

2) Cayred 5/5



114,10 x 3

1 - 0 - 0

3) Bestor 5 mg



TOTAL = 2523,60 0-0-1

2k 3m

Pharmacie SENHAJA HEALTH
Dr. SENHAJA ABDELMHAMID
98-100, Rue Capitaine LOUBEI KHALIL
Hay Mohammadi - CASABLANCA
Tél : 0522.42.38.14

Dr. Ichraq NASSIRI
Cardiologue
249, Rés. El Mansour, 1er Etg. Appt. N°1
Bd. Yaacoub El Mansour - Casablanca
Tél : 05 22 39 76 70

Traitement à ne pas arrêter jusqu'au prochain rendez-vous

عدم توقيف الوصمة حتى الموعد المقبل

XARELTO 20 mgRivaroxaban
28 cps

P.P.V : 629,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090808

XARELTO 20 mgRivaroxaban
28 cps

P.P.V : 629,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090808

XARELTO 20 mgRivaroxaban
28 cps

P.P.V : 629,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090808

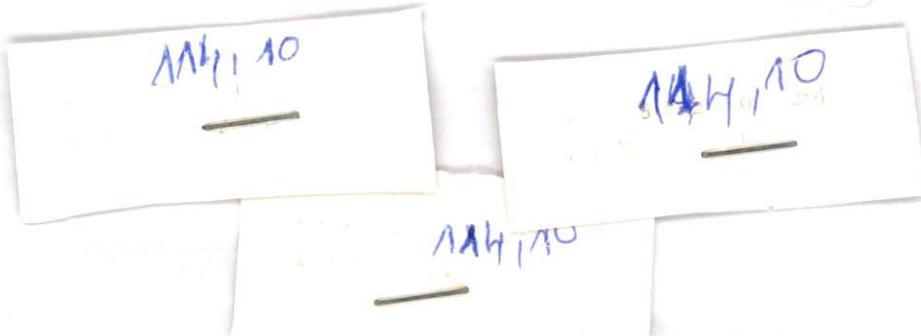
14011057

6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg-○
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

14011057

6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg-○
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

14011057

6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg-○
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

valable 3 mois

Le 20/10/2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Dr. Ichraq NASSIRI
Cardiologue

Certifie que Mlle, Mme, M^{me}

Lamdaeghli Lalla Zohra
Mansour, 1er Etg. App. N° 1
Bd Yaacoub El Mansour - Casablanca
Tél: 05 22 39 76 70

Présente

Arrythmie - cardiaque

Nécessitant un traitement d'une durée de :

À vie

anti coagulant et tacle bloquant

Dont ci-joint ordonnance :

Voici ordonnance

(à défaut noter le traitement prescrit)

Xaralts long + Co spray + Resor

Dr. Ichraq NASSIRI
Cardiologue
249, Résidence Mansour, 1er Etg. App. N° 1
Bd Yaacoub El Mansour - Casablanca
Tél: 05 22 39 76 70

Dr NASSIRI Ichraq

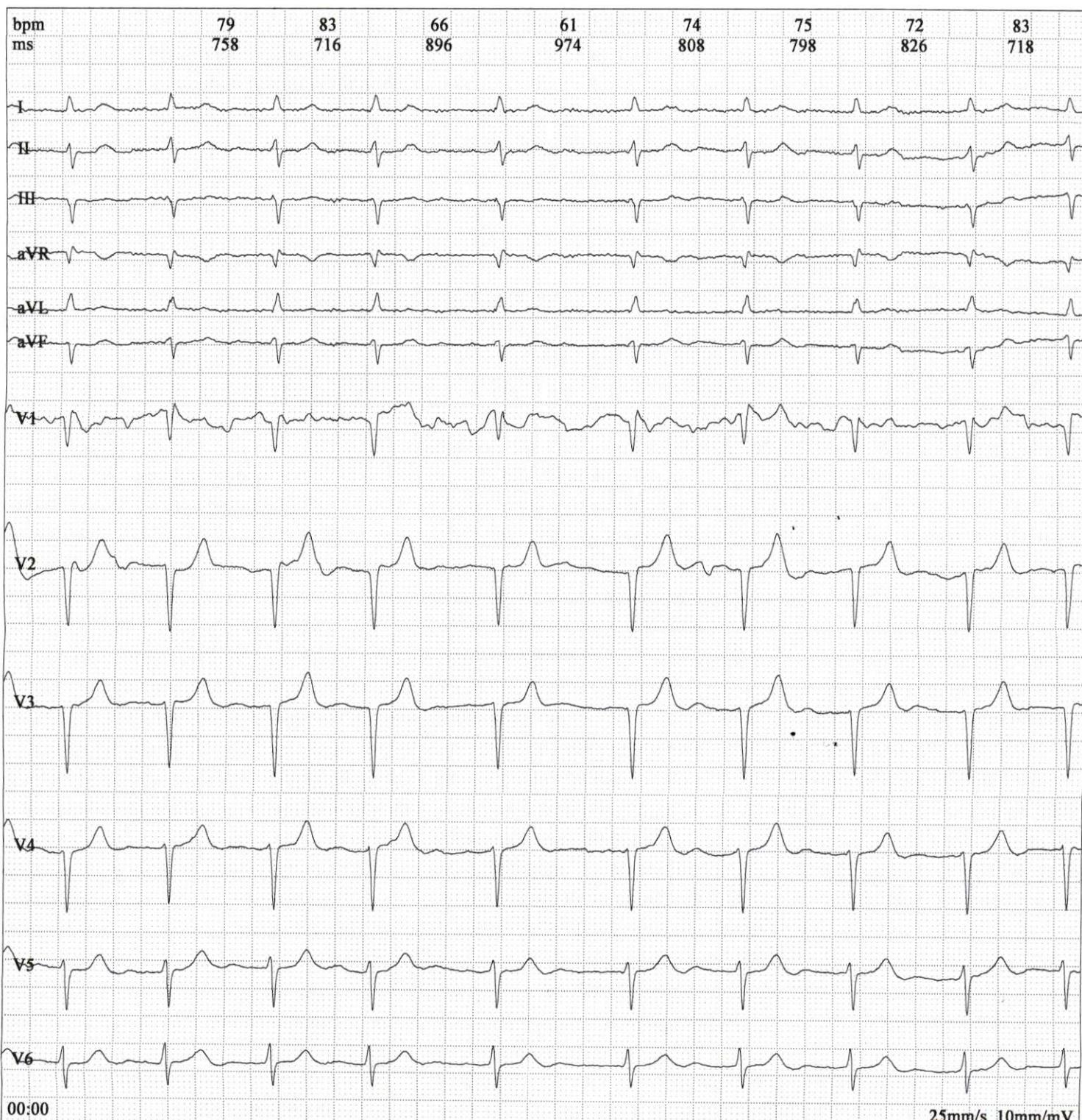
ECG

Nom LAMDAGHRI LASEA ZAHIR
SN 0002431 Case No.

Age 80
Lit No.

Clinique N
Date 10/20/2022

Section



| | | | | |
|---------------|---------|---------------|-----------|----------------------------------------------------------------|
| Frequency: | 1000 Hz | PR Interval: | 152 ms | Prompt: |
| Sample Time: | 14 s | QT Interval: | 394 ms | $T.A = \frac{DT}{QT} = \frac{152}{73} \text{ mm/} \mu\text{g}$ |
| HR: | 80 bpm | QTc Interval: | 440 ms | $C = 143 / 70 \text{ mm/} \mu\text{g}$ |
| P Interval: | 98 ms | P Axis: | -94.72°Cb | $F.C = 77 \text{ bpm}$ |
| QRS Interval: | 106 ms | QRS Axis: | -39.84°Cb | $SaO_2 = 94\%$ |
| T Interval: | 198 ms | T Axis: | 50.29°Cb | |

Dr. Ichraq NASSIRI
Cardiologue
249 Rés. El Mansouri El Eg. Appt. N° 1
Bd. Yaacoub El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 297670

Signature Medecin :