

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

M22- 0012421

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1333 Société : RAM 13603

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MEGZARI ABDELHAMID

Date de naissance : 16/04/1952

Adresse : 103, RUE ALI ABDELLAH - CASA

Tél. : 0661973427 Total des frais engagés : 4699,10 DH + 6604,10 DH

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/10/2022

Nom et prénom du malade : Infirmité Age : 70 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : MEGZARI ABDELHAMID

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie

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 : CASABLANCA Le : 10/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	N°-bre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/10/2022	1 acte	300		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
IREM ECZANES Ecz. Cengiz KOLAK Medis-i Mebusan Cad. No: 51/A Fındıklı-Beyoğlu/ISTANBUL Tel: (0212) 243 11 89 Fax: (0212) 243 31 33 Galata V.D. 2030627/452	20/10/2022 10/10/2022	66 Euro 4399,10 ₺

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

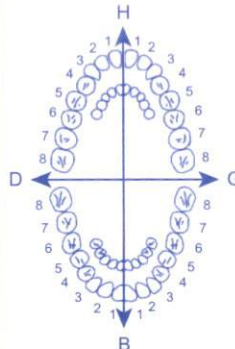
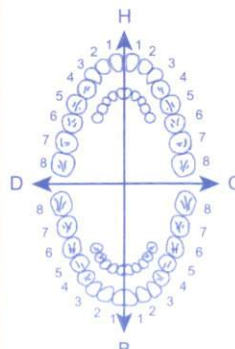
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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



## 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 10/10/2022

M. ABDELHAMID MEGZARI

810,00 x 3

1) UPERIO 200 MG

58,10 x 3 1 le matin et le soir, pendant 3 mois

2) CARDENSIEL 5 MG BT/ 30 CP

Prendre 1 comprimé le matin, pendant 3 mois

3) INSPRA 50 MG

1 le matin, pendant 3 mois

144,50 4) ESAC 20

419,00 x 3 1 le matin, avant le repas, pendant 3 mois

27,70 x 3 5) FORXIGA 10 MG

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

103,40 x 3 6) CARDIOASPIRINE Comprime Gastro-Résistant à 100 mg Bte 30 Comprime

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

7) TAHOR 20

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



IREM ECZANESI  
Ecz. Cengiz KOLAK  
Meclis-i Mebusat Cad. No: 51/A  
Fındıklı-Beyoğlu/ISTANBUL  
Tél: (0212) 243 11 89 Fax: (0212) 243 31 31  
Galata V.D. 2054617/462

Professeur Ahmed BENNIS  
spécialiste des maladies cardiovasculaires  
98, Rue KADI LASS - MAARIF  
CASABLANCA 20546  
20546



UPERIO 200mg x3

CHXOEN 200x3

UPERIO® 200 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boite de 56.  
PPV : 810 DH



6 118001 031733

UPERIO® 200 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boite de 56.  
PPV : 810 DH



6 118001 031733

UPERIO® 200 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boite de 56.  
PPV : 810 DH



6 118001 031733

ESAC® 20 mg  
ésoméprazole  
28 gélules  
PROMOPHARM S.A.



6 118000 241898

ESAC

101 22006  
05/24  
144DH50

FORXIGA 100mg x3

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 419,00 DH



6 118001 185023

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 419,00 DH



6 118001 185023

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 419,00 DH



6 118001 185023



6 118001 100873



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 58,10 DH

7862160239



6 118001 100873



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 58,10 DH

7862160239



6 118001 100873



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 58,10 DH

7862160239

TAHOR 20-823

TAHOR® 20mg ○

28 comprimés pelliculés



6 118000 250807

UT. AV. :

P.P.V

01 2025

LOTN° :

103 40

FW7216

TAHOR® 20mg ○

28 comprimés pelliculés



6 118000 250807

V. :

01 2025

P.P.V

103 40

FW7216

TAHOR® 20mg ○

28 comprimés pelliculés



6 118000 250807

UT. AV. :

01 2025

P.P.V

LOTN° :

103

40

FW7216

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique



P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

Tarih : 20.10.2022

Perakende Satış Listesi

Barkod	Ürün Adı	Mikt	Fiyat	Top. Tutar	İskonto	Alınan Tutar
Perakende Carisi	20.10.2022 12:04:20			1.188,84 ₺	0,00 ₺	1.188,84 ₺
8699532094001	INSPIRA 25 MG 30 FILM KAPLI TABLET	6	198,14 ₺	1.188,84 ₺	0,00 ₺	1.188,84 ₺

Satışlar Toplamı

1.188,84 ₺

Satış Adet

1

6x11 = 66 Euro

İREM ECZANESİ  
Ecz. Cengiz KOLAK  
Medi-Hi Mahsun Cad. No: 1  
Fındıklı Beşokulustu  
Tel: (0212) 243 11 11 Fax: (0212)  
Beyoğlu V.D. 20545177482 Tic.Sic.No: 272000





MEGZARI ABDELHAMID

FC 50 /min

Axes

P 11 °

QRS -51 °

T 43 °

Interprétation: RYTHME SINUSAL, POSITION HYPERGAUCHE, QRS(T)  
MODIFIÉ: INFARCTUS ANTER., AGE INDETERMINE

RI6.02

Rapport non confirmé

Né(e) le

Age

Sexe Masculin

Taille cm

Poids kg

Origine

PA 136/67 mmHg

Remarque

Intervalles

RR 1205 ms

P 140 ms

PR 186 ms

QRS 92 ms

QT 440 ms

QTc 404 ms

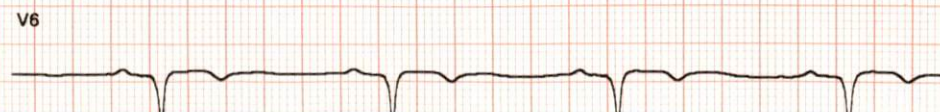
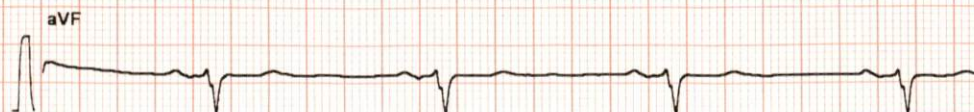
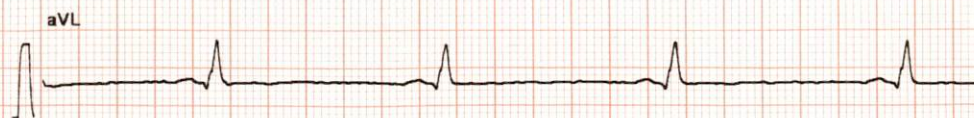
(Bazett)

P (II) 0.08 mV

S (V1) - mV

R (V5) - mV

Sokol. - mV



10 mm/mV 25 mm/s

10 mm/mV 25 mm/s