

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.



132854
Déclaration de Maladie : N° P19- 0023449

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0733 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Loti Naïma Date de naissance : 3.3.41

Adresse : 1090 Rue Talla Haya Hay Salam

Tél : 065 350884 Total des frais engagés : 1213,60 + Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/11/2022

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : HTA

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 : 11/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :


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
10/11/22	ECG	1/6	250M	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE: 092042654 Dr. S. MILAD 283, Bd. Sid Abderrahmane Hay Salam - CIL Tel: 0522 84 65 30 - CASABLANCA	10/11/22	12136

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

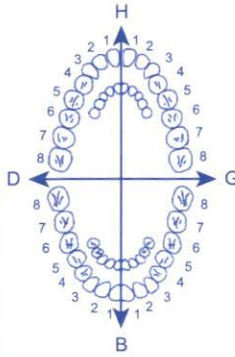
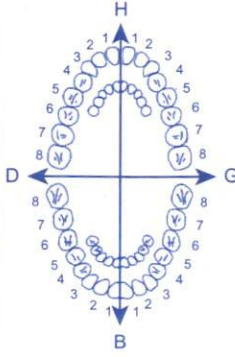
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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"/>														
				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 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

Dr Hafdi Nouredine

Cardiologie- Angiologie
Maladies du coeur et des vaisseaux

-Ancien attaché au service de cardiologie
au CHU IBN ROCHD

- Ex Medecin Directeur du CHP MY YOUSSEF

- Ex Medecin Directeur du CHP EL HASSANI

- EX Medecin Directeur du CHP SIDI OTHMANE

- Consultation et exploration Cardio-Vasculaire



PHARMACIE MILAD
Dr. Samira MILAD
Bd. Sidi Abdellahmane
Hay Salam - CIL
Tél: 0522.94.65.30-CASABLANCA

Casablanca le, 12/11/99

الدكتور حفظي نور الدين

اختصاصي امراض القلب والشراب

- ملحق سابق بقسم امراض القلب

بالمستشفى الجامعي ابن رشد

- طبيب مدير سابق لمستشفى مولاي يوسف

- طبيب مدير سابق لمستشفى الحسيني

- طبيب مدير سابق لمستشفى سيدي عثمان

- تشخيص واستكشاف امراض القلب والشراب

GUESSOUS JOTI Hauma



6420
X 3

Ancurophos 50/150/50 = 146

14000
X 2

Ce de 20 f 80/60



2770
X 3

Ce de Asp - 146



13230
X 3

Exidop 10/6



N° 10153
10/11/99
3 8/6

87,00
X 3

Reladium 300 250



Dr. HAFDI Nouredine
Cardiologue
الدكتور حفظي نور الدين
استشاري القلب والشراب

121360

3 mos

LOT: 211541
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

LOT : 150
PER : 05/25
PPV : 64,20 DH

LOT : 147
PER : 03/25
PPV : 64,20 DH

LOT : 150
PER : 05/25
PPV : 64,20 DH

LOT: 211541
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



EXP :

Lot N°

PPV

LOT 22001
PER 01/24
PPV 132DH30

EXP :

Lot N°

PPV

LOT 22002
PER 01/24
PPV 132DH30

EXP :

Lot N°

PPV

LOT 22002
PER 01/24
PPV 132DH30

LOT: 220595
DLUO: 07/2025
87,00DH

LOT: 220595
DLUO: 07/2025
87,00DH

LOT: 220394
DLUO: 05/2025
87,00DH

☐ valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

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

Je soussigné : Dr. HAFDI Noureddine

Certifie que Mlle, Mme, M. : GUESSOUS JOTI Naima

Présente me MTA @ près Cardiolo

Nécessitant un traitement d'une durée de :
un traitement d'un Sem au long cours

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca

Dr. HAFDI Noureddine
Cardiologue
الدكتور حفظي نورالدين
أحمد بن محمد العالمة - المراباط

10mm/mV 25mm/s



Fréquence : 1000 Hz	Interval. PQ: 322 ms
Durée ECG: 5 s	Interval. QT : 434 ms
FC : 63 bpm	Interval. QTc : 444 ms
Durée P : 122 ms	Axe P : -153.1°
Durée QRS : 101 ms	Axe QRS : 35.7°
Durée T : 303 ms	Axe T : 80.2°

Suggestion :

05.32.86.36.87 : التاريخ :
الصفحة الثانية من الوثيقة
الصفحة الأولى من الوثيقة
الصفحة الثالثة من الوثيقة

Signature Médecin: