

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0005931

M. SAMI

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1156 Société : 139599

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHERROUK MUSTAPHA

Date de naissance : 1949

Adresse :

Tél. : 0661315400 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20.09.2012

Nom et prénom du malade : cherrouk mustapha Age :

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

Nature de la maladie : HTA CNT sur cœur

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## 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.

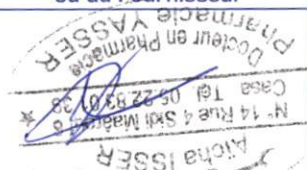
**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



### 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
20/09/22	62 Ec8	300 Dh		 <b>Dr. Mohammed CHAMI</b> <b>CARDIOLOGUE (U.L.B.)</b> <b>N° 17 Place Charles Nicole</b> <b>CASB - 16005 22 48 44 01</b> <b>GSM: 06 61 74 5 08 06</b>
	EDX en 1000 Dh			

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie YASSER</b> <b>Docteur en Pharmacie</b> <b>Casa Tel 05 22 93 00 38</b> <b>N° 14 Rue 4 Sidi Maârouf</b>	20/09/2022	1659,30

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

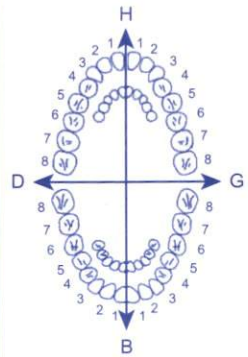
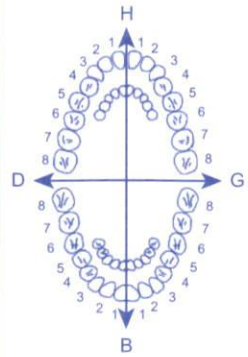
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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





chenank Nustapha

270,00 x3

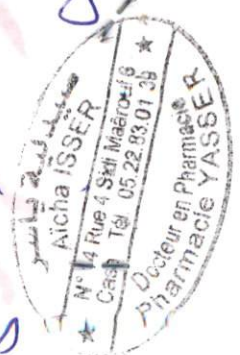
1) Ceftriaxone 1 g / j Natu  
138,00 x3

2) Prevacid 30 1 g / j Natu  
75,20 x3

3) Calcimib 10 1 g / j smi.  
40,10 x3

4) Civasone 10 1 g / j smi  
1659,90  
ttt 3 mois

DR. Mohammed CHAMI  
CARDIOLOGUE (U.N.B.)  
CASA - Tél.: 05 22 48 44 01  
GSM: 06 01 43 98 96





PPV: 75 DH 20  
PER: JAN 2025  
LOT: 079

PPV: 75 DH 20  
PER: JAN 2025  
LOT: 079

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V.: 270,00 DH  
6 113001 082018

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V.: 270,00 DH  
6 113001 082018

PPV: 138DH10  
PER: 03/25  
LOT: L1272

PPV: 138DH10  
PER: 03/25  
LOT: L1272

PPV: 138DH10  
PER: 03/25  
LOT: L1272

PPV: 70DH00  
PER: 06/24  
LOT: L1951

PPV: 70DH00  
PER: 06/24  
LOT: L1951

PPV: 70DH00  
PER: 06/24  
LOT: L1951

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V.: 270,00 DH  
6 113001 082018

LOT: 077  
PER: NOV 2024  
PPV: 75 DH 20



**Dr Chami mohamed**

Cabinet de consultation et  
d'exploration Cardio- Vx  
tel : 0522 48 44 01

Nom Prénom : Mr cherrouk mustapha  
Examen réalisé le 20/09/2022

ECHO – DOPPLER DES TRONCS SUPRA AORTIQUES

Bifurcation et branche carotidiènne :

**Calibres** : **normaux**  
INFILTRATION modérée bilatérale surtout ACID

**Courbes vélocimétriques :** Normales  
**Analyse spectrale des flux :** flux normal  
**Flux ophtalmique :** Oculofuges, insensibles à la compression des branches des carotides externes  
**Index de résistance :**

Vertébrales :

**Calibres :** NORMAUX  
**Echo-structure pariétale :** ; absence de thrombus ;  
**Courbes vélocimétriques :** normales  
**Analyse spectrale des flux :** Flux normal  
**Orientations testées :** normales

CONCLUSION :

L' EXAMEN MET EN EVIDENCE UNE ATHEROMATOSE modérée bilatérale  
surtout de l'artère carotide interne droite sans sténose hémodynamiquement  
significative

Dr. Mohammed CHAMI  
Cardiologue (P.L.B.)  
N° 17, Place Chateaubriant  
Casablanca - Maroc  
Tél: 0522 48 44 01  
GSM: 06 61 4508 06



ECG

DR CHAMI

NOM:cherrouk

ID :

Sexe :

Age :

Date :20-9-2022

25.0mm/s 5.0mm/mv

70  
856

69  
860

69  
860

70  
850

68  
870

68  
870

69  
866

68  
875

68  
880

68  
880

69  
865

DI

DII

DIII

aVR

aVL

aVF

V1

V2

V3

V4

V5

V6

Dr. Mohammed CHAMI  
N° 17, Place Charles Nègre  
Taza - Tel: 05 22 48 44 01  
GSM: 06 61 45 08 46

Filtre Principal:On Filtre ADS:On

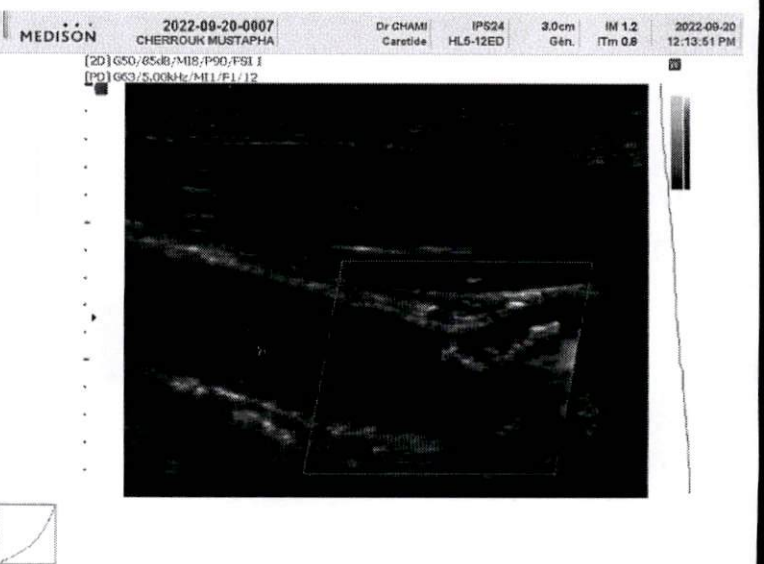
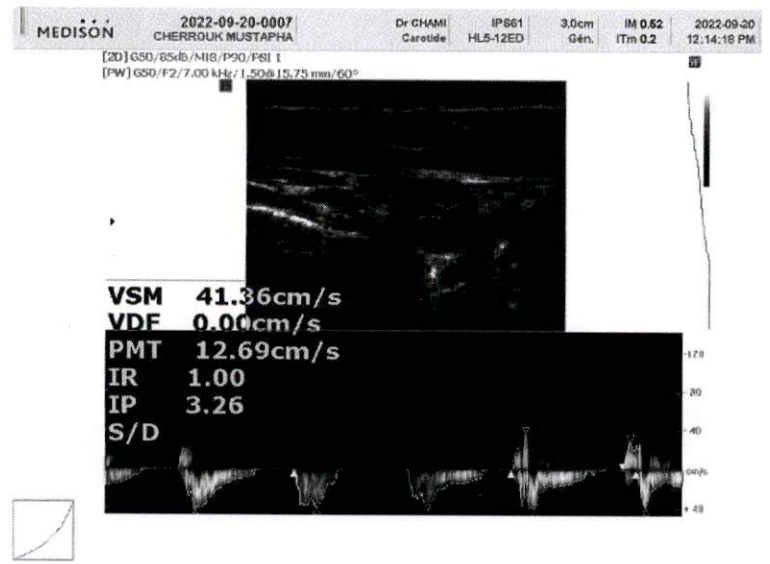
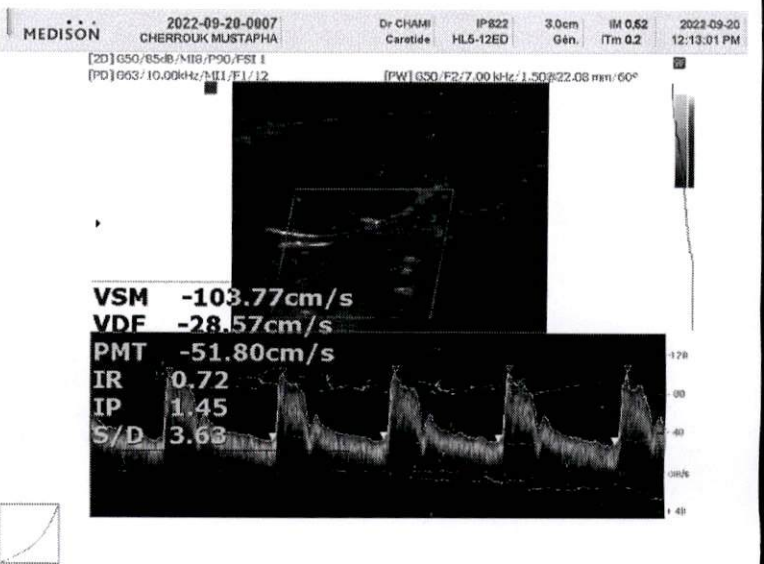
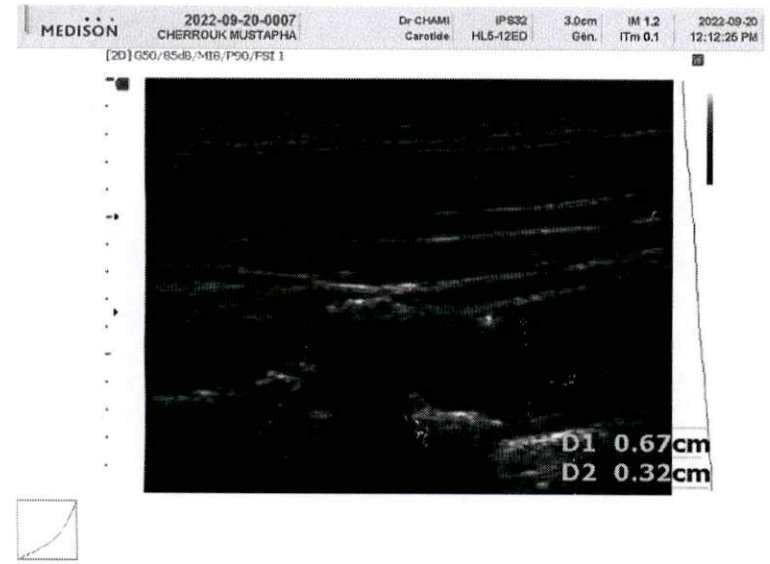


Patient

N° 2022-09-20-0007  
Nom CHERROUK MUSTAPHA  
D. naissance  
Sexe  
Autres

Examen

N° d'accès  
Date 20220920  
Description  
Echographe





Docteur CHAMI Mohammed

CARDIOLOGUE

Spécialiste diplômé de la Faculté de  
Médecine de Bruxelles



دكتور محمد الشامي

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين

20/05/2022  
Casablanca

Dr CHERROUK Pastapha

La facture

Consultation Cardiologie 800dh

Echodoppler 1000dh

Tout 1300dh

1 Millier's Cent dh

Dr. Mohammed CHAMI  
CARDIOLOGUE (U.L.B.)  
N° 17, Place Charles Nicolle  
CASA - Tél: 05 22 48 44 01  
GSM: 06 61 45 08 06





Dr CHERROUK Mustapha

La facture

Consultation Cardio + ECG 800dh

Echodoppler Cardio > 10000dh

Troiter 13000dh

1 Nicotins Coats dh,