

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- 0020498

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3520 Société : R.A.M. 142119

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAMSADAR Amina Veuve FARHI

Date de naissance : 1953

Adresse : 10, Rue BNOUBA JA Chantilly - CASA - ANFA

Tél. : 0689224370 Total des frais engagés : 522,70 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29 DEC 2012 / 10/6/2012

Nom et prénom du malade : LAMSADAR Amina Age :

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

Nature de la maladie : 2008 H1N1

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 : CASA BLANCA Le : 31/10/2012

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
31/10/12	Vaccin			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

31/10/12 222.7

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

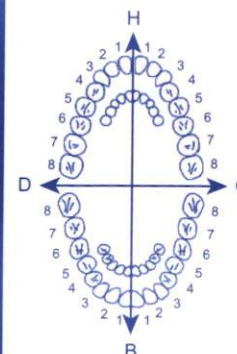
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 21433552
D 00000000 00000000
G 00000000 00000000
B 35533411 11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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

PPV

LOT

PER

28,20

PPV

LOT

PER

98,20

VEIN UP CRÈME

LOT : 2911A

DLUO : 09/2025

PPC : 69.90 DH

PHARMA CONNECT

A effet calmant,
anti-infl

Casablanca le :

CASA , Le 31/10/2022

PPV

LOT

PER

28,20

Mme Amina LAMSADDAR

1) LEVOTHYROX Comprime à 50 pg Bte 28 Comprime
Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

(13.40 x 3)



40.20

2) INEXIUM 20MG BT/14 CP
Prendre 1 comprimé le matin, avant le repas, pendant 1 mois

3) VITANEVRIL FORTE DRAGEES B/30
Prendre 1 comprimé le matin, à midi et le soir, pendant 1 mois

(28.80 x 3)



86.40

4) BAS A VARICES N2
A porter la journée

5) VEIN UP
1 application en cas de douleur

6) ACFOL 5 MG
1 le matin et le soir, pendant 3 mois

Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies cardiovasculaires
98, Rue KADI IASS - MAËRIF
25 36

69.90

26.20

222.70



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV:



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH





ACFOL[®]

5mg

Acide folique / Comprimés

LOT: 14222009
PER: 07/2026
PPV: 26,20 OH

28

Comprimés
Voie orale

LAMSADDAR AMINA

Né(e) le 01.07.1953
Age 69 ans
Sexe Féminin
Taille cm
Poids kg
Origine
PA
Remarque

FC 72/min

Intervalles

RR 834 ms
P 132 ms
PR 186 ms
QRS 84 ms
QT 400 ms
QTc 440 ms
(Bazett)

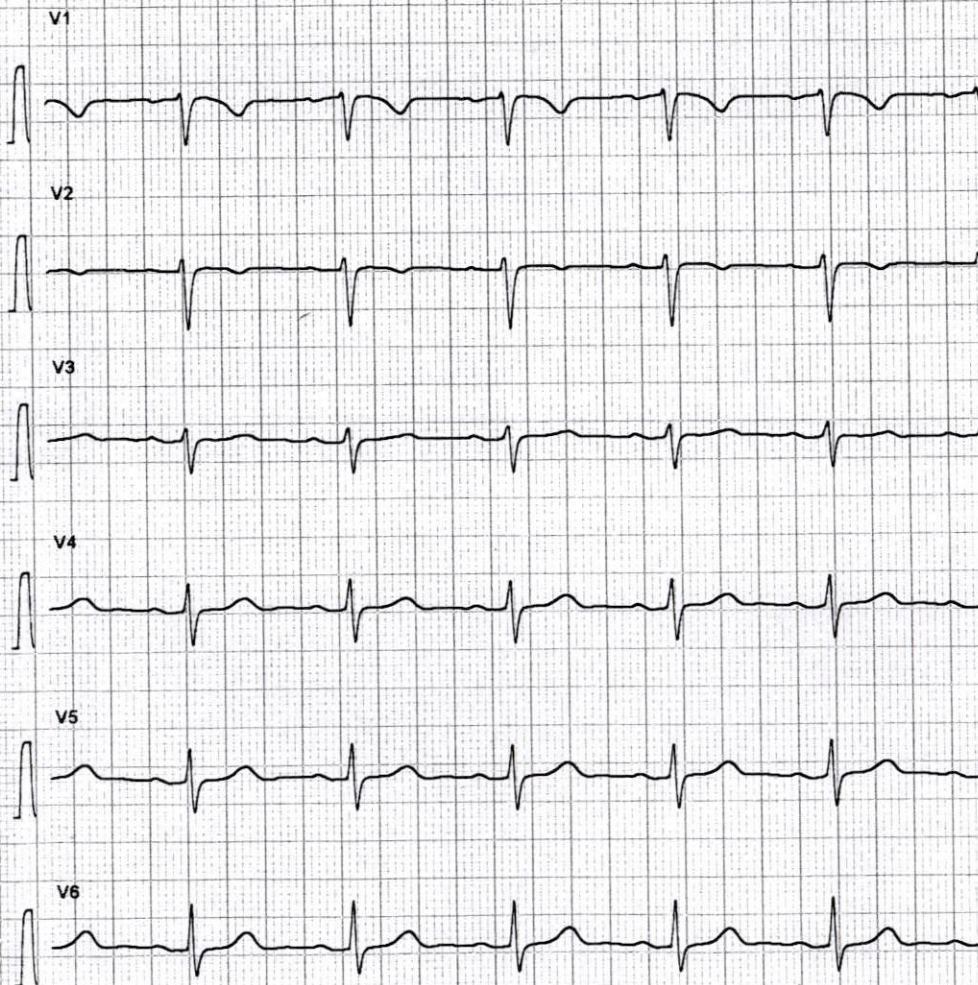
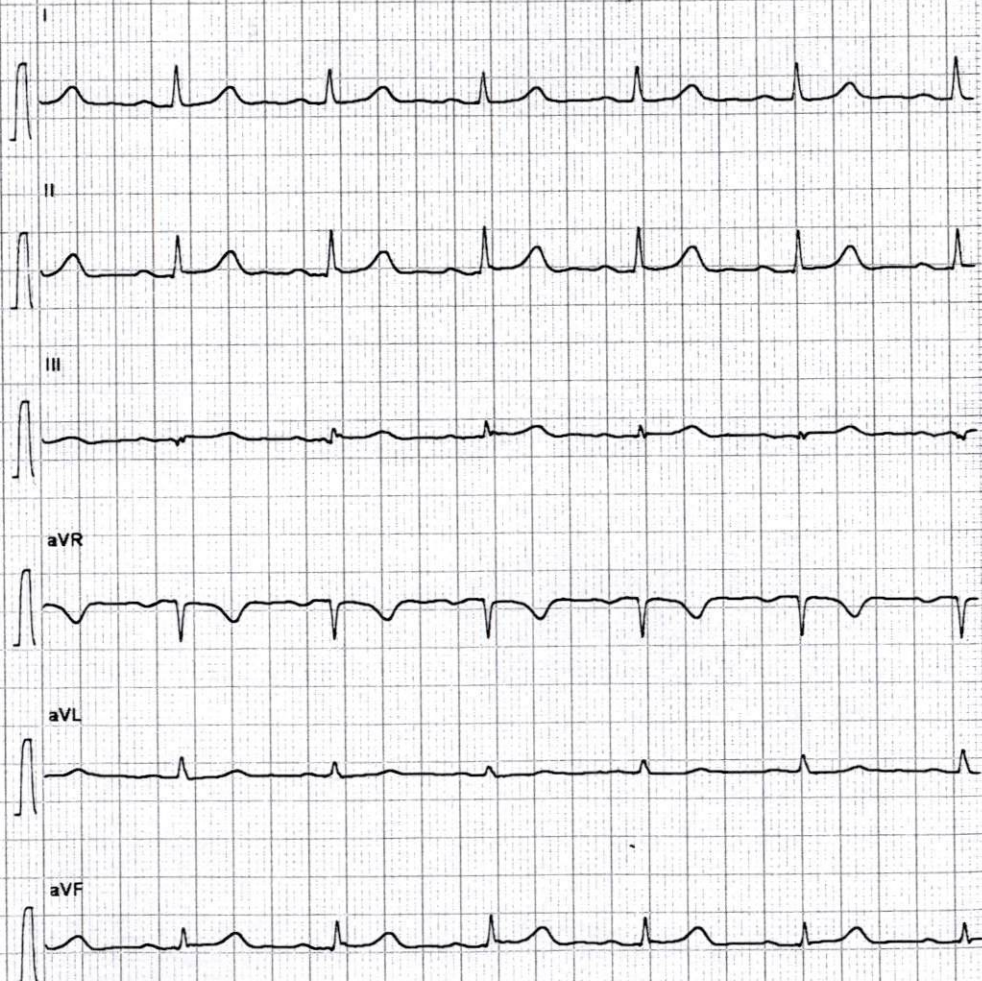
Axes

P 17°
QRS 36°
T 40°

P (II) 0.06 mV
S (V1) -0.69 mV
R (V5) 0.57 mV
Sokol. 1.63 mV

Interprétation: RYTHME SINUSAL, ECG NORMAL

RI6 02 Rapport non confirmé



10 mm/mV 25 mm/s

10 mm/mV 25 mm/s

LAMSADDAR AMINA

FC 73 /min

Axes

Né(e) le 01.07.1953
Age 69 ans
Sexe Féminin
Taille cm
Poids kg
Origine
PA
Remarque

Intervalles

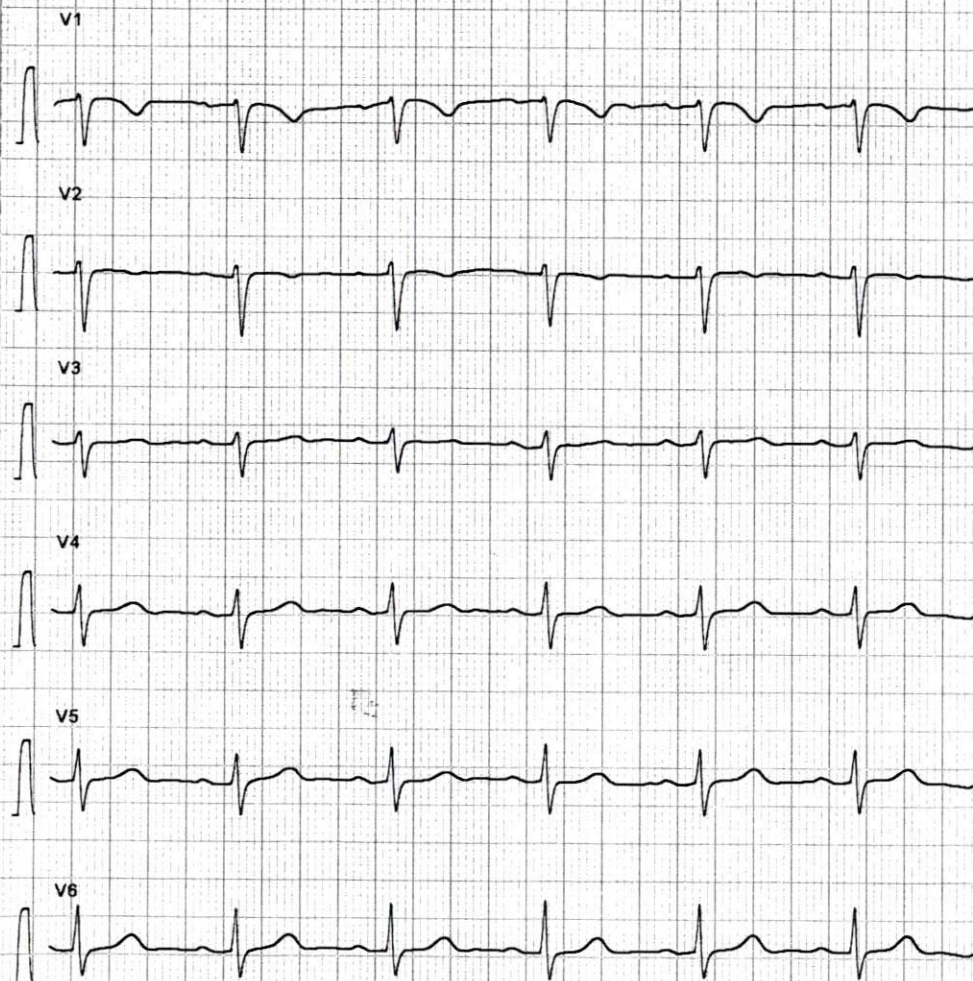
RR 817 ms
P 88 ms
PR 180 ms
QRS 86 ms
QT 398 ms
QTc 442 ms
(Bazett)

P 34 °
QRS 30 °
T 39 °

P (II) 0.06 mV
S (V1) -0.68 mV
R (V5) 0.54 mV
Sokol. 1.60 mV

Interprétation: RYTHME SINUSAL, ANOMALIE DE T NON SPECIFIQUE

RI6.02 Rapport non confirmé



10 mm/mV 25 mm/s

10 mm/mV 25 mm/s