

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° P19-0039110

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3081 Société : 143141

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RADU AHMED

Date de naissance : 1952

Adresse :

Tél. 0666217016 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/12/2022

Nom et prénom du malade : RADU AHMED Age :

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

Nature de la maladie :

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 : 30/12/22

Signature de l'adhérent(e) :

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
26/12/22	20 ECG	25	0,30	30,60

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourbisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOUHESSE MOUHESSE Leila 834, Av. 2 Mars Prodiges Casablanca - Tél.: 05 22 21 05 71	26/12/22	185,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES Bd Al Ouds 2046 Tél.: 05 22 52 83 88 Fax: 05 22 21 92 41	29.12.22	830 + M	65,20

AUXILIAIRES MEDICAUX

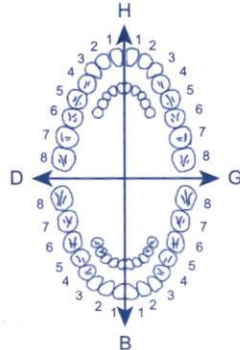
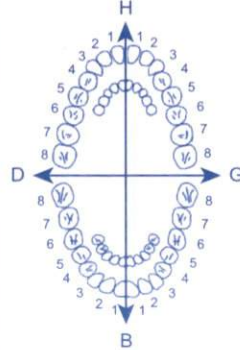
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 BENJELLOUN Mohammed Karim

Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux

Hypertension Artérielle, ECG (tracé du coeur)

Cholestérol, Holter ECG et Tensionnel

Diplômé d'Echocardiographie Doppler

BORDEAUX



الدكتور بن جلون محمد كريم

اختصاصي في أمراض القلب والشرابيين

والضغط الدموي - الكوليسترول

التخطيط الكهربائي للقلب، الهولتر

الفحص بالصدى

جامعة بوردو

Casablanca, le 26/12/2022

Mr RAOUZ AHMED

44,00 x 2 = 88,00

CARDIX COMPRIME 6,25 MG BOITE DE 28

1 Comprimé le midi pendant 3 mois

27,70

CARDIOASPIRINE COMPRIME 100 MG BOITE DE 30

1 Comprimé le midi au cours du repas pendant 3 mois

370,00

REXABAN COMPRIME PELLICULE 20 MG BOITE DE 28

1 Comprimé le soir pendant 3 mois

SIMCOR 20

1 Comprimé le soir pendant 3 mois

485,70

(Signature)

Dr. BENJELLOUN Mohammed Karim
Cardiologue
Bordj Boussouf, Ain Chock
511 Jardins Al Qods California Appt 38
(En Face porte police et concessionnaire RENAULT)
Tél: 0522 52 57 45 - Gsm.

OT: 193
ER: FEV 2025
PV: 44 DH 00

LOT: 188
PER: JAN 2025
PPV: 44 DH 00

(SV)
(SV)
(SV)
PHARMACIE MOUHSSINE
834, Av. 2 Mars Prolongée Inara
Casablanca - Tél.: 05 22 71
Cardioaspirine 100 mg/20cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Dr BENJELLOUN Mohammed Karim

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux

Hypertension Artérielle, ECG (tracé du cœur)

Cholestérol, Holter ECG et Tensionnel

Diplômé d'Echocardiographie Doppler

BORDEAUX



الدكتور بن جلون محمد كريم

اختصاصي في أمراض القلب والشرابين

والضغط الدموي - الكوليسترول

التخطيط الكهربائي للقلب، الهولتر

الفحص بالصدى

جامعة بوردو

Casablanca, le 26/12/2022

Mr RAOUZ AHMED

Faire pratiquer Svp :

- CREAT

**LABORATOIRE ANALYSES
MEDICALES MANDARONA**
679, Bd Al Qods 20460 - Casablanca
Tél. : 05 22 52 83 88
Fax : 05 22 21 92 41

Dr: BENJELLOUN Mohammed Karim
511, Bd Al Qods (Ain Chock)
(En Face poste Police et concessionnaire RENAULT)
Tél: 0522 52 57 45 - Gsm: 0660 38 40 03



مختبر منظرنا للتحاليل الطبية
LABORATOIRE MANDARONA
D'ANALYSES MEDICALES

Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biologiste
Lauréat de la faculté de Pharmacie de
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biologiste
Diplômé des facultés de Médecine et de Pharmacie de
Toulouse et Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Casablanca le 29 décembre 2022

Monsieur RAOUZ AHMED

FACTURE N°	177956
------------	--------

Analyses :			
Créatinine -----	B	30	Total : B 30
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER			65,20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Soixante Cinq Dirhams et Vingt Centimes

LABORATOIRE ANALYSES
MEDICALES MANDARONA

679, Bd Al Qods 20460 - Casablanca

Tél. : 05 22 58 83 88

Fax : 05 22 21 92 41

679, Bd El Qods 20460 Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0522 52 83 88 / 0522 87 22 82

Fax : 0522 21 92 41 - E-mail : labo_mandarona@yahoo.fr

CNSS : 8521090 - IF : 40213596 - Patente : 37980291 - ICE : 001634915000055 - IPN : 093060663

BMCE AL QODS : 0117940000 3121000 0144347



Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biologiste
Lauréat de la faculté de Pharmacie de
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biologiste
Diplômé des facultés de Médecine et de Pharmacie de
Toulouse et Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Dossier ouvert le : 29/12/22

Prélèvement effectué à 09:59

Edition du : 29/12/22

Monsieur RAOUZ AHMED

Docteur MOHAMMED KARIM BENJELLOUN

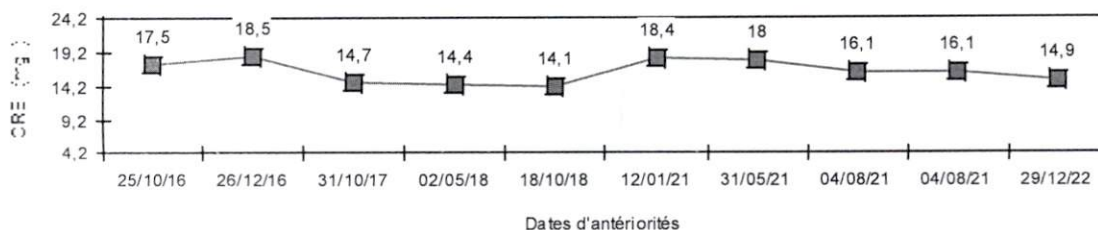
Réf. : 22L1555

Compte Rendu d'Analyses

BIOCHIMIE SANGUINE

(Cobas Roche C-311)

		Normales	Antériorités
			04/08/21
Créatinine ----- :	14,9 * mg/l	6 - 13	16,1
Soit :	132 μ mol/l	53 - 115	142



LABORATOIRE ANALYSES
MEDICALES MANDARONA
679, Bd Al Qods 20460 - Casablanca
Tél. : 05 22 52 83 88
Fax : 05 22 21 92 41

679, Bd El Qods 20460 Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0522 52 83 88 / 0522 87 22 82

Fax : 0522 21 92 41 - E-mail : labo_mandarona@yahoo.fr

CNSS : 8521090 - IF : 40213596 - Patente : 37980291 - ICE : 001634915000055 - IPN : 093060663

BMCE AL QODS : 0117940000 3121000 0144347

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

RAOUE AHMED

Matricule :

3081

N° CIN :

54 5466

Adresse :

Bénéficiaire de soins :

☒

Adhérent

☐

Conjoint

☐

Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☐ A vie

3 mois

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

ponctage auto coronarienne

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

voir ordonnance

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véridiques

Fait à :

12 / 1 /

Cachet et signature du médecin traitant :

* Cette déclaration est renouvelable tous les 6 mois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées.

AUTO 10mm/mV

I

II

III

aVR

aVL

aVF

25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+DFT

5mm/mV

V1

V2

V3

V4

V5

V6

Dr BENJELOUN mohammed karim

2022-12-26 17:53

ID:RAOUZ

Nom: AHMED

Taille: _____

FC

Intervalle PR

Durée P

Durée QRS

Durée T

QT/QTc

Axe P/QRS/T

R(V5)/S(V1)

R(V5)+S(V1)

<<Conclusions>>

Sexe: _____

Age: _____

Poids: _____ kg

SYS/DIA: _____ mmHg

[bpm] :120

[ms] :265

[ms] :152

[ms] :115

[ms] :227

[ms] :395/560

[deg] :150.0/42.9/-165.7

[mV] :0.92/1.41

[mV] :2.33

Médecin _____