

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 lunettes 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

N° W21-669567

145153

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0399 Société : R.A.M. Retraite
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ADNANE Mohamed
 Date de naissance : 9.11.1942
 Adresse : ROFRA LOT N°4 Bd MEKKA - Calimne Casablanca
 Tél. : 0661 0930 09 Total des frais engagés : 3342,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin (Chaque Interventionnelle)

Cacher du médecin : Hind EL FILALI
 Date de consultation : 02/01/2023
 Nom et prénom du malade : Adnane Mohamed
 Lien de parenté : Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Cardiopathie ischémique
 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 : 14/01/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

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
02/01/2023	AS	5	200,00	INPE: 091169466
<p>Dr. Hind EL FILALI Cardologue Cardologue Interventionnelle Résidence 14 Idries CASABLANCA 20 79</p>				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacie ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/01/2023	3042,70

[illegible]

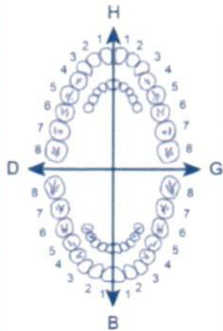
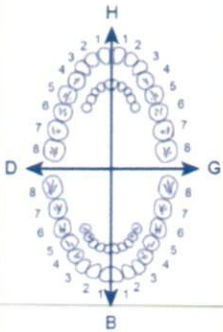
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	<input type="text"/>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr Hind EL FILALI ADIB

Cardiologue

Cardiologue Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque
Réadaptation cardiaque

PHARMACIE LAIMOUN SARL
466, Lot. Allaymoun Lissasfa
Casablanca - Tél.: 05 22 90 94 94
RC: 381781 - TP: 36293297 - IF: 24821866
N°: 01957005000099

الدكتورة هند الفيلالي أديب
أخصائية في أمراض القلب والشراريين
أخصائية في قسطرة أمراض القلب والشراريين
خريجة كلية الطب ببوردو

فحص القلب بالصدى - إختبار الجهد
إعادة التأهيل القلبي

02 janvier 2023

Mr. ADNANE Mohamed

TRIPLIXAM 10 / 2.5 / 10mg

1 comprimé par jour pendant 3 Mois

LE MATIN

CARDIOASPIRINE 100mg

1 comprimé par jour, pendant

LE MIDI

ROZAT 20mg

1 comprimé par jour, pendant

LE SOIR

PLAVIX 75 mg

1 comprimé par jour, pendant

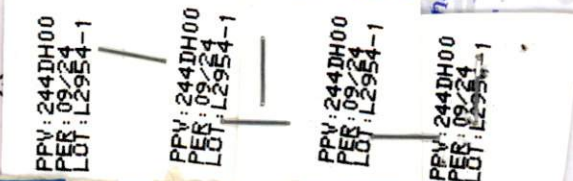
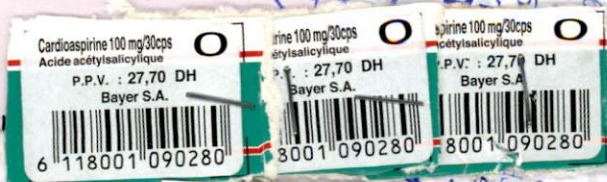
LE MIDI

CARDIX 6,25 mg

1 comprimé par jour, pendant

LE SOIR

RÉGIME PAUVRE EN S



AMM n° 52017 DM/P2/ NMP
65010695103001



6 118001 130306

TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg

30 comprimés pelliculés

PPV : 184,00 Dh

Servier Maroc - Casablanca



18001 130306

LIXAM 10mg/2,5mg/10mg

30 comprimés pelliculés

PPV : 184,00 Dh

Servier Maroc - Casablanca



6 118001 130306

TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg

30 comprimés pelliculés

PPV : 184,00 Dh

Servier Maroc - Casablanca

ADNANE ,MOHAMED

ID:

DDN:

Homme ,Inconnu

Méd.:

Site:

Médecin traitant:

Notes:

02/01/2023 13:26:46

FC: 66 BPM
Int PR: 204 ms
Durée QRS: 168 ms
QT/QTc: 446/459 ms
Axes P-R-T: 111 -2 135
RR Moy: 904 ms
QTcB: 469 ms
QTcF: 461 ms

RAPPORT NON CONFIRM

Revu par:

Dr. Hind EL FILALI
Cardiologue
Cardiologue Interventionnelle
120, Bd. des Lames 1er- Résidence My Id
2ème Etage - N° 4 CASABLANCA
Tél: 0522 88 28 74 Fax: 0522 88 28 76
ICE : 0010222222222222

Signé par:

Date:

