

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- 0015524

148545

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 406 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RANDIL FATIMA

Date de naissance : 01-01-1975

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHAHIR IDRISSE
Cardiologue
06 61 86 30 50

Date de consultation : 6/2/23

Nom et prénom du malade : RANDIL Fatima Age :

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

Nature de la maladie : Decouverte d'HTA et ALD

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° : A-A-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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 06.02.23 | Consultation | 1 | 250 | Dr. CHAHIR IDRISSEY Tala Cardiologue GSM : 06 61 86 30 50 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

6.2.23

98.00

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
AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

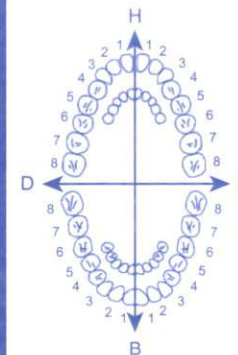
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

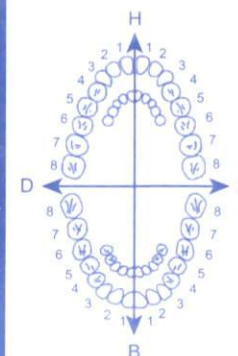
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

وصفة
ORDONNANCE



Le 26/02/23

CP AMOZ FAST NA

Contrôle long en famille

N°5

19,60
af

98,00

PHARMACIE BEN TOFAIL
61, Bd Anoual - CASABLANCA
Téléphone : 022.86.34.68

الدكتور الكبير قبيادي
Dr. Lakkir QIYADI
إختصاصي في امراض القلب و الشرايين
CARTE PROFFE
INPE 001191403

FURILAN® 5 Ampoules injectables

PPV 19DH60

EXP 08/2025
LOT 28014 2



FURILAN® 5 Ampoules injectables

PPV 19DH60

EXP 08/2025
LOT 28014 2



FURILAN® 5 Ampoules injectables

PPV 19DH60

EXP 08/2025
LOT 28014 2



FURILAN® 5 Ampoules injectables

PPV 19DH60

EXP 08/2025
LOT 28014 2

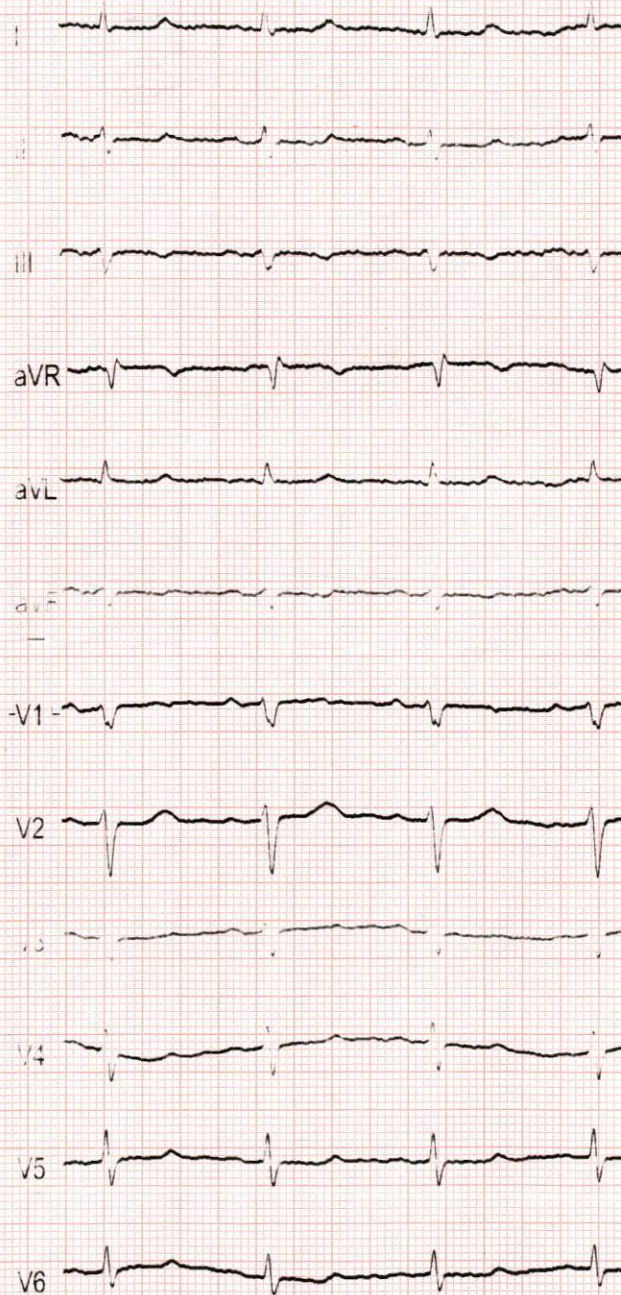


FURILAN® 5 Ampoules injectables

PPV 19DH60

EXP 08/2025
LOT 28014 2





[Measured Cardiac Rhythm Events]

HR: 70bpm PR: 147ms QRS: 98ms QT: 410ms QTc: 442ms QTn: 0.93
RV5: 0.42mV SV1: -0.24mV P/QRS/T/QRST axis: 337.59/337.25/17.24/39.99 deg

[Interprétation Résumé - Adulte]

28- QRS axis range from 0 to -30 degrees.

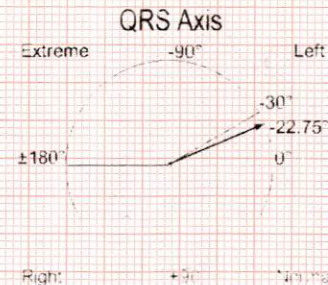
Not necessarily pathological.

84- QRS ≤ 0.5 mV in four extremity leads.

Consider obesity, hypothyroidism and pericardial effusion.

[Doctor comments]

Nom du médecin: Doctor



POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------|------------------|--|--------|----------------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------------|--------|
| N° IPP : 1358728 | | N° SEJOUR : 230011799 | | FACTURE N° 2302003433 | | DATE D'ENTREE : 06/02/2023 | | DATE DE SORTIE : 06/02/2023 | | | |
| ASSURE : | | | | DESTINATAIRE : QANDIL,Fatima | | | | | | | |
| MALADE : QANDIL,Fatima | | | | | | | | | | | |
| NOM JEUNE FILLE : | | | | | | | | | | | |
| TIERS PAYANT 1 : | | | | | | | | | | | |
| TIERS PAYANT 2 : | | | | N° IMMAT C.N.S.S : | | | | | | | |
| REF. PC 1 : | | | | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : | | | | | | | |
| REF. PC 2 : | | | | N° SE. SOC. ETRANG. : | | | | | | | |
| NATURE DE PRESTATION | | LETTRE CLE | NOMBRE x COEF | PRIX UNITAIRE | TOTAL | TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT | | TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT | | PART DU MALADE % / Dh MONTANT | |
| CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG | | CSC | 1.00 | 250.00 | 250.00 | | | | | 0.00 | 250.00 |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------------|--|--------------|--------|---|--|--|----------|---------|--|
| Intervenant : 0172011 DR CHAHIR IDRISSE TAIBI (CARDIOLOGUE) | | TOTAUX : | | 250.00 | | | | | | 250.00 | |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT CINQUANTE DHS | | | | PLAFOND PC : | | | | | ACOMPTE: | | |
| | | | | REMISE : | 0.00 | REGLE : | | | | AVOIR : | |
| | | | | RESTE DU: | 250.00 | | | | | | |
| DATE FACTURE : 06/02/2023 | | EDITEE LE : 06/02/2023 | | PAR: LAGRIB | | ACCIDENT DE TRAVAIL | | | | | |
| VISA | | | | | | N° DE POLICE | | | | | |
| | | | | | | DATE AT : | | | | | |
| | | | | | | Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef | | | | | |
| | | | | | | BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY IDRISSE 1ER - CASABLANCA | | | | | |
| | | | | | | N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31 | | | | | |