

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

Nº M21- 080102

149385

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1238 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : RÉTRAITE

Nom & Prénom : MAN SOUKI YAHIAoui Bachir

Date de naissance : 07/03/1950

Adresse : terrasse adressa

Tél. : 06 61 31 42 95 Total des frais engagés : 1581,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. DELACHKAR Assia

Cardiologue

Lalla Asmae, Rés. Adam II, Im.5 N°1

Tél./Fax : 07 03 59 40 40

Date de consultation : 23/10/2023

Nom et prénom du malade : Man Souki Yahiaoui Bachir

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : cardiopathie spécielle

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) :

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.

RELEVE 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
23/11/2013	C	1	3000,00 P.H.	DELACHEZ MEDECIN Cardiologue Lalla Asmae, Rés. Adam II, Im.5 N°1 Tél./Fix : 07 07 59 40 40 INP : 101240951

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DU MÉDICAL jaâ SEBATI LAYT Rue de l'Amourie - Casablanca 05 22 30 49 96 / 05 22 54 37 79 TPE : 06 20 41 261	13/01/2023	1281,46

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

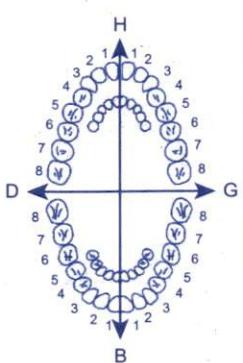
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

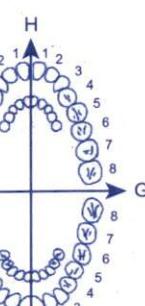
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



[Création, remont, adjonction]

	<p>H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; border-top: none;"><hr/></td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> </table>	D	25533412 00000000	21433552 00000000	<hr/>		G	B	00000000 35533411	00000000 11433553	<p>Coefficient des travaux</p>
D	25533412 00000000	21433552 00000000									
<hr/>		G									
B	00000000 35533411	00000000 11433553									
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>											
<p>Date du devis</p>											
<p>Date de l'exécution</p>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Salé, le : 23/1/2023

Nassera Yahiaseu Bachir

S.V

- 1) Cognac 10/10: 140/5 ^{135/60x3} _(S.V)
- 2) Awep 10mg: 140/5 ^{75,20x3} _(S.V)
- 3) Crestor 10mg: 140/5 ^{125,70x3} _(S.V)
- 4) Rosatargin 75: 131/3 ^{30,70x3} _(S.I.)

All 3 mois
128,50

PHARMACIE DU NÉCHOUA
Rajaa SEBATI LAYT
103, Rue de l'Industrie - Casablanca
Tél/Fax : 05 22 30 49 09 / 05 22 54 27
05 22 30 13 21

BELACHKAR Assia
Cardiologue
Lalla Asmae, Rés. Adam II, Im. 5 N° 1
Tél/Fax : 07 07 59 40 40
E-mail : assiabelachkare@gmail.com

سلا تابrikت شارع لا أسماء إقامة آدم 5 شقة 1

Salé Tabriquet, Lalla Asmae Résidence Adam II, Immeuble 5 N° 1

Tél Fix : 07 07 59 40 40 - GSM : 07 00 75 18 80

E-mail : assiabelachkare@gmail.com

14011067



6 118001 130290

COSYREL 10mg/10mg-
30 comprimés pelliculés
PPV : 135,60 DH
Servier Maroc - Casablanca

14011067

6 118001 130290

COSYREL 10mg/10mg-
30 comprimés pelliculés
PPV : 135,60 DH
Servier Maroc - Casablanca

6 118001 130290

COSYREL 10mg/10mg-
30 comprimés pelliculés
PPV : 135,60 DH
Servier Maroc - Casablanca

14011067

6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS 30
P.P.V : 30DH70
LOT : 22E007
PER : 06.2024

6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS 30
P.P.V : 30DH70
LOT : 22E007
PER : 06.2024

6 118001 183111

Maphar
BD Alkima N° 6, QL
Sidi Bennouss, Casablanca
P.P.V : 185,70 DH
LOT : 22E007
PER : 06.2024

6 118001 183111

Maphar
BD Alkima N° 6, QL
Sidi Bennouss, Casablanca
P.P.V : 185,70 DH
LOT : 22E007
PER : 06.2024

6 118001 183111

Maphar
BD Alkima N° 6, QL
Sidi Bennouss, Casablanca
P.P.V : 185,70 DH
LOT : 22E007
PER : 06.2024

6 118001 183111

Maphar
BD Alkima N° 6, QL
Sidi Bennouss, Casablanca
P.P.V : 185,70 DH
LOT : 22E007
PER : 06.2024

6 118000 081524

AMEP® 5mg
28 comprimés
6 118000 081784

AMEP® 10mg
28 comprimés
6 118000 081784

14011067

6 118000 081784

AMEP® 10mg
28 comprimés
6 118000 081784

KARDEGIC 75MG
SACHETS 30
P.P.V : 30DH70
LOT : 22E007
PER : 06.2024

KARDEGIC 75MG
SACHETS 30
P.P.V : 30DH70
LOT : 22E007
PER : 06.2024

6 118001 183111

Maphar
BD Alkima N° 6, QL
Sidi Bennouss, Casablanca
P.P.V : 185,70 DH
LOT : 22E007
PER : 06.2024

6 118001 183111

Maphar
BD Alkima N° 6, QL
Sidi Bennouss, Casablanca
P.P.V : 185,70 DH
LOT : 22E007
PER : 06.2024

14011067

6 118000 081784

AMEP® 10mg
28 comprimés
6 118000 081784

AMEP® 5mg
28 comprimés
6 118000 081524

14011067

Nom **Yahyaoui Urgence**
N° patient **cc4864bc-78e9-4d49-bb78-e8626c71b518**

Date de naiss... --
Sexe Non défini
Taille
Poids
Ethnique Non défini
Pacemaker Inconnu

N° visite
Chambre
Traitement
N° requête
Émetteur de l...
Prot. requ.

Indication
Remarque

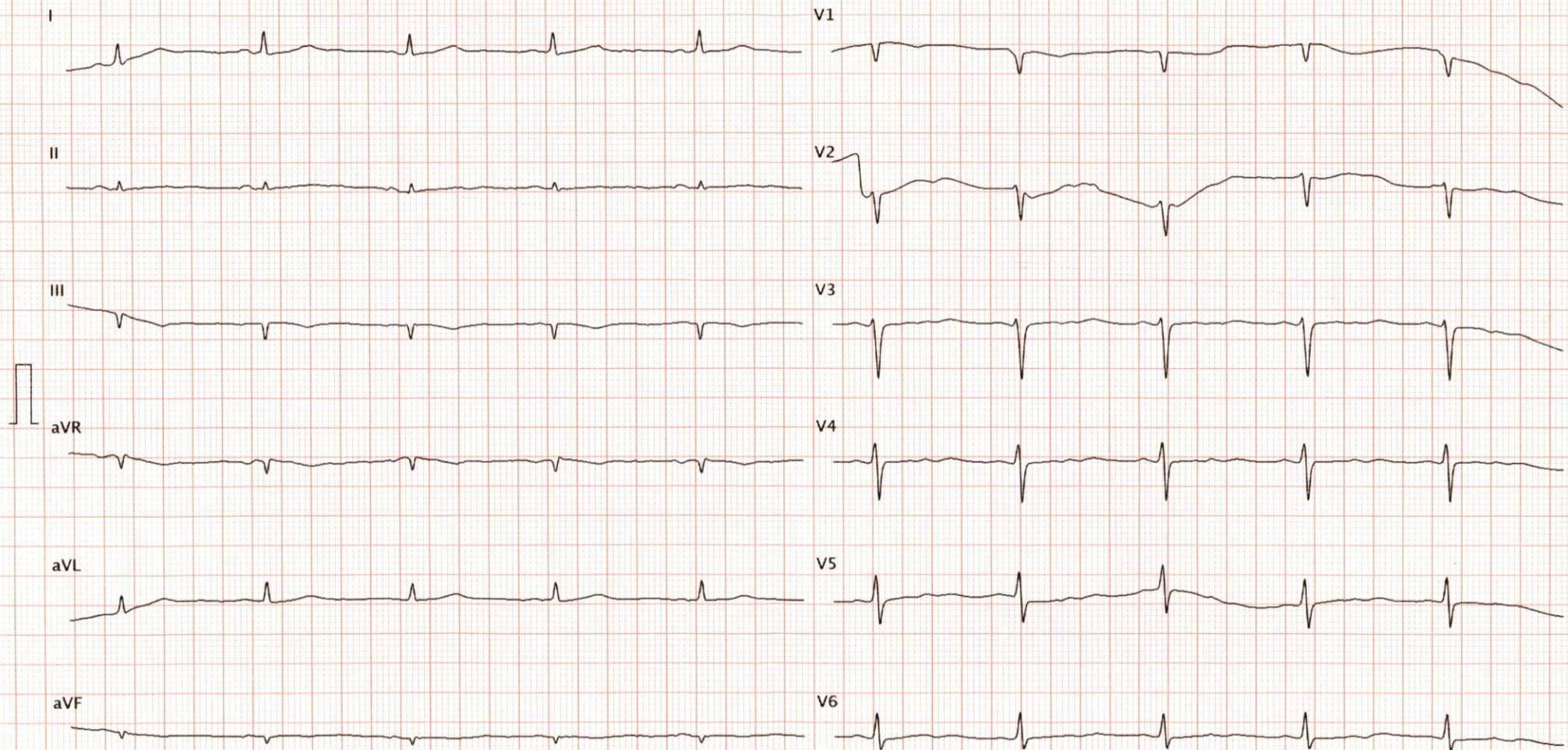
23.01.2023 12:09:14
ECG de repos

FC 61 bpm

RR	982 ms
P	86 ms
PR	126 ms
Axe P	49 °
Axe QRS	-22 °
Axe T	-12 °
QRS	79 ms
QT	408 ms
QTcB	412 ms

Rapport non confirmé

Méd. réf.
Méd. traitant



25 mm/s, 10 mm/mV

Séquentiel

FPB 25 Hz, AC 50Hz

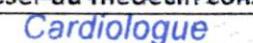
valable 3 mois

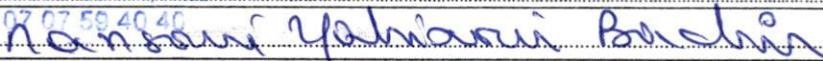
Le 23 / 01 / 2023

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

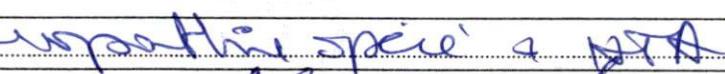
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

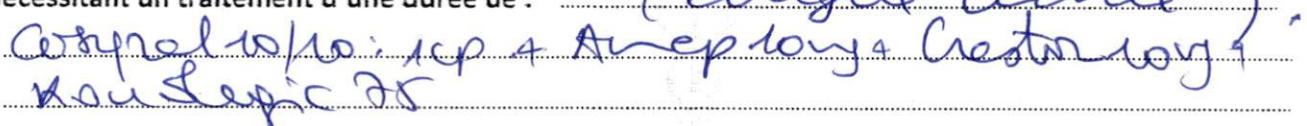

Cardiologue
Noureddine Yahiaoui Benchaâboun

Certifie que Mlle, Mme, M. : 

Présente


Coronopathie stable à VTA

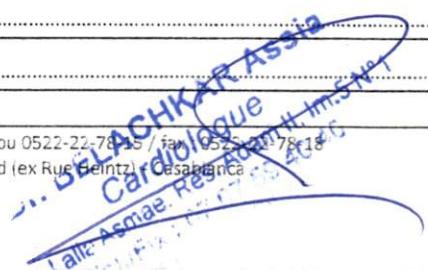
Nécessitant un traitement d'une durée de :


Captopril 10/10 : ICP + Atenapril 10 + Crestor 10 mg
Noureddine YAHIAOUI BENCHAABOUN

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Alial BENABELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca


Dr. Asmae Rés. Adam II, Im. 5 N°
Cardiologue
Noureddine YAHIAOUI BENCHAABOUN