

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- 0046877

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 783 Société : 150228
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : AZEM MOHAMED
 Date de naissance : 1947
 Adresse : 44 rue 18 jamila 5 CD CASABLANCA
 Tél : 0661627262 Total des frais engagés : 2592,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/02/2023
 Nom et prénom du malade : Mme Azem Anura Age: 73
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : HTA, ALC, Diabète
 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 : CASABLANCA Le : 17/02/2023
 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
16/02/2023	Sect ECC	K16	300 DHS	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/2/23	2292,210DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

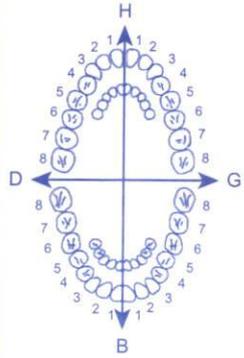
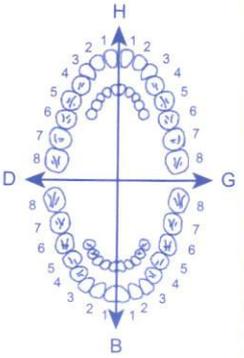
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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

عيادة أمراض القلب والشرايين والضغط الدموي

Docteur JARDANEH Hassan
CARDIOLOGUE

Spécialiste des Maladies du Coeur
des Vaisseaux et de l'Hypertension Artérielle

Diplômé de la Faculté de Médecine de Caen - France
et de Bruxelles - Belgique

Ancien Attaché des Hôpitaux de Bruxelles
Echo - Doppler Couleur Cardiaque

الدكتور حسن جرودانه
اختصاصي

أمراض القلب والشرايين والضغط الدموي

فريخ كلية الطب بكان - فرنسا

وبروكسيل بلجيكا

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات بروكسيل

فحص القلب بالصدى بالألوان



Att de 03 mois

Dr. HASSAN JARDANEH
CARDIOLOGUE
386, Bd. Driss El Harti
20450 Casablanca
Tél: 05 22 55 12 12

Casablanca, le 16/02/2023

276,00 Apem use Amidam 92,00 x 3
r) Coveryl sup - le water

19,00 r) Xarelto 15 909,00 x 2
r) ni wadi

18 18,09 r) Stanorm 10 w 57,80 x 3
173,40 r) le son

25,00 r) Bigoune 0,25 sup Jendi
r) Dewanebe

2292,240

Dr. HASSAN JARDANEH
CARDIOLOGUE
386, Bd. Driss El Harti
20450 Casablanca
Tél: 05 22 55 12 12

صيدلية بنموسى
Pharmacie BENMOUSSA
26, Av. Cdt. Driss El Harti
Jamila 3 - Cité Djemaa
Tél.: 0522 37 38 67 - CASABLANCA



6 118001 040117

DIGOXINE 0.25 mg ○

(Digoxine)
30 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 25 DH 00

XARELTO 15 mg ○

Rivaroxaban

42 cps

P.P.V : 909,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090785

XARELTO 15 mg ○

Rivaroxaban

42 cps

P.P.V : 909,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090785

57,80 |

57,80 |

57,80 |

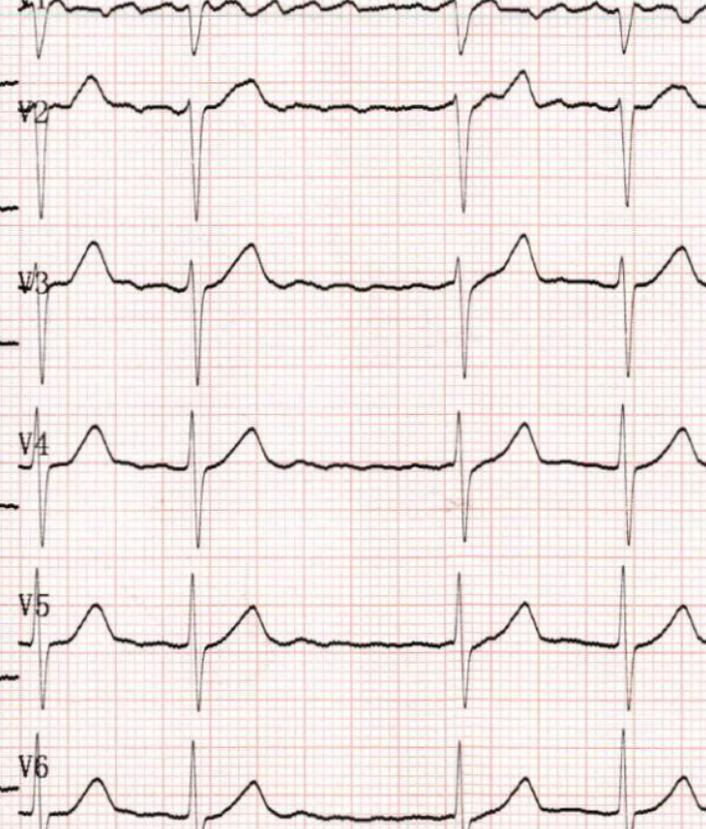
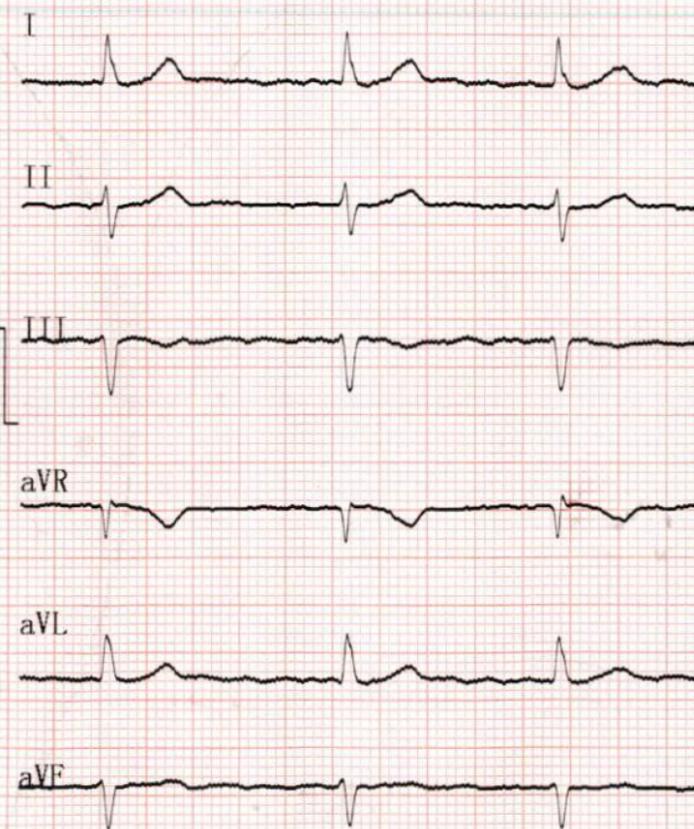
92,00 |

92,00 |

92,00 |

10mm/mV

10mm/mV



Patient Name: ID: 230216006
 Sex: Age: D.O.B:
 Height: cm Weight: kg BP: mmHg
 Medication history:
 Illness symptom: Illness history:
 Application: Department:
 HR Rate 72 bpm
 PR Interval *** ms
 QRS Duration 81 ms
 QT/QTc Interval 384/420 ms
 P/QRS/T Axis ***/-34/25
 RV5/SV1 Voltage 0.78/0.49 mV
 RV5+SV1 Voltage 1.27 mV
 ***** Analyse *****
 8210 Atrial fibrillation
 22 Abnormal left axis deviation
 1013 ** Abnormal rhythm ECG **

Median-value beat:

