

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-711830

150876



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricule : 293		Autre : RAN RETRAITE	
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e)		Nom & Prénom : AZIZ ALLAL	
Date de naissance : 1932		Adresse : N° 56 Rue Nkr Eulie Hay Arraia	
Télé. :		Total des frais engagés : 3534,4 Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

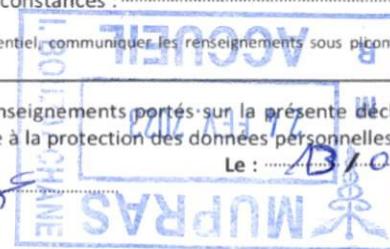
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. Mohammed CHAMI CARDIOLOGUE ALLAL N° 17 Place Charles Nicolle Casablanca Tél: 05 22 48 44 01 GSM: 06 64 55 08 06			
Date de consultation : 13/02/2023			
Nom et prénom du malade : Aziz allal			
Age: 81			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : hypertension, insuffisance cardiaque, HTA			
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 : 13/02/2023

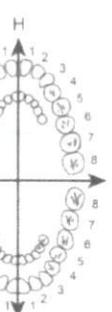
Signature de l'adhérent(e) :



PHARMACIE ABBEY		EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur		Date	Casa *
Dr. ABBEY SARL AU Sidi Maârouf Casablanca Tél./Fax : 05 22 97 32 16 GSM : 06 61 60 54 68		13/02/23	Montant de la Facture

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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																		
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées 	Nature des Soins	Coefficient														
				INP : <input type="text"/>														
				Coefficient des travaux <input type="text"/>														
				Montants des soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
ODF PROTHÈSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	B																	
		Coefficient des travaux <input type="text"/> Montants des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Date de l'exécution <input type="text"/>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																		

CLINIQUE BELLE VILLE

13/04/83

N= Aging allal

$$(\sqrt{82} + 50 \times 2)$$

- 1) Propranolol 1/2 1/2 j Nadi

2) Candesartan 1/2 j Nadi

3) Larilva (Bulbosa) 1/2 j Nadi

4) Nebilet (SFRB) 1/2 j Nadi

5) Zoloxic 200 1/2 j Nadi

6) Cevastine (SFRB) 10 1/2 j San

7) Trimadol 38 1/2 x 2/j

8) Ressentiel (69100x21) Utt 3 mois 1/2 j Nadi 2b

$$\overline{f_1} = 1234140$$

PHARMACIE AHMED ALI
SARL AU
Dr. Ali EL JOUAIIDI
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél /Fax: 05 22 97 32 16
GSM : 06 61 60 54 68

391, Boulevard Ghandi - Casablanca - Maroc

Tél : +212 522 23 30 30 · Fax : +212 522 99 30 26 · GSM : +212 661 333 000

E-mail : cliniquebelleville@cliniquebelleville.com Site web : www.cliniquebelleville.com

Identifiant Fiscal : **50560151** CNSS : **2832333** ICE : **002868**
DIP : **1007000101101500**

RIB : 190780212113658163000371 - Code SWIFT : BCPO MAMC

PPV B2D47B
PFR 10/25
LOT L3497

PPV 82.70
PFR 82.70
LOT 10/25
L 3497

PPV:700H00
PER:08/24
LOT:12801
10/20

FPV:70DHO
PER:08/24
LOT:L2801

PPV: 70DH00
PER: 08/24
LOT: L2801

PPV:87DH70
PER:10/25
LOT:L3653

Lot : V307G
Diuo : 11/24
500 C. 69 Ph.

Lot : V307G
Date : 11/24
P.R.C. 60-71

LOT 222631
EXP 08/2026

PPV 31.30

EXPIRE 08/2026
COPY 3130
10/1 2022 1851

EXP 06 2026
PPV 31.30
000005

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V :34DH60
6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V :34DH60
6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V :34DH60
6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V :34DH60
6 118000 060468

* VIGNETTE
NEBILET® 5mg
28 comprimés O ■
PPV 87DH50

* VIGNETTE
NEBILET® 5mg
28 comprimés O ■
PPV 87DH50

* VIGNETTE
NEBILET® 5mg
28 comprimés O ■
PPV 87DH50

Cardioaspirine 100 mg/30cps O
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps O
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps O
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps O
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps O
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

CLINIQUE BELLE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : M. AZIZ ALLAL
Séjour : Du 13/02/2023 au 13/02/2023

FACTURE
202300840
Du : 13/02/2023

Etablie par : B. Fatimazahra

Clinique

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
ECHODOPPLER DES CAROTIDES	1	1 000,00	1 000,00
ECHOGRAPHIE DOPPLER CARDIAQUE	1	1 000,00	1 000,00
CONSULTATION + ECG	1	300,00	300,00
TOTAL CLINIQUE			2 300,00

Encaissement Compte d'Autrui

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
TOTAL AUTRUI			0,00

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I

Arretée la presente facture à la somme de DEUX MILLE TROIS CENTS DIRHAMS

Patient	
Total TTC	2 300,00



Dr Chami mohamed

Cabinet de consultation et
d'exploration Cardio- Vx
tel : 0522 48 44 01

Nom Prénom : Mr Aziz allal
Examen réalisé le 13/02/2023

ECHO – DOPPLER DES TRONCS SUPRA AORTIQUES

Bifurcation et branche carotidiennne :

Calibres **normaux**
INFILTRATION modérée biloatérale

Courbes vélocimétriques : Normales

Analyse spectrale des flux : flux normal

Flux ophthalmique : Oculofuges, insensibles à la compression des branches des carotides externes

Index de résistance :

Vertébrales :

Calibres : NORMAUX

Echo-structure pariétale : ; absence de thrombus ;

Courbes vélocimétriques : normales

Analyse spéctrale des flux : Flux normal

Orientations testées : normales

CONCLUSION :

L'EXAMEN MET EN EVIDENCE UNE ATHEROMATOSE modérée bilatérale avec sténoses estimées à 60% de l' ACID et 40% bifurcation carotidiennne gauche

Dr. MOHAMMED CHAMI
CARDIOLOGUE (U.L.B)
N°17 Place Charles Nicole
Casa : 021.05.22.48.44.01
GSM : 06.61.45.03.06

Dr Chami mohamed

Cabinet de consultation et
d'exploration Cardio- Vx
tel : 0522 48 44 01

Nom Prénom : Mr Aziz allal
Examen réalisé le 13/02/2023

Echodoppler cardiaque

1 / fonction systolique globale conservée FE =60%

2 / insuffisance mitrale légère grade 2

3 / HVG CONCENTRIQUE modérée

4 / dilatation modérée de l'oreillette gauche

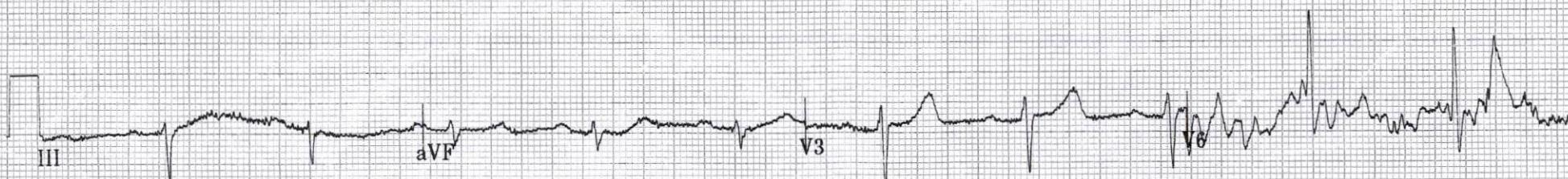
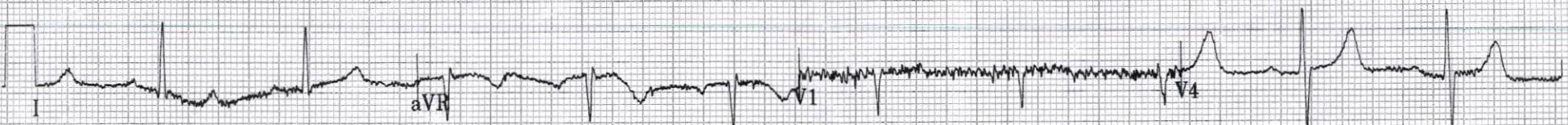
5/ HTAP LEGERE PAP sys = 35mmHg

6/ absence d'epanchement péricardique

Signature: Mohammed CHAMI
CARDIOLOGUE (U.L.B)
N° 17, place Charles Nicolle
Casa - Tel. 05 22 48 44 01
GSM: 06 61 45 08 06

Vent. rate 64 bpm
PR interval 230 ms
QRS duration 86 ms
QT/QTc 456/470 ms
P-R-T axes 74 9 26

Unconfirmed



150 Hz 25.0 mm/s 10.0 mm/mV

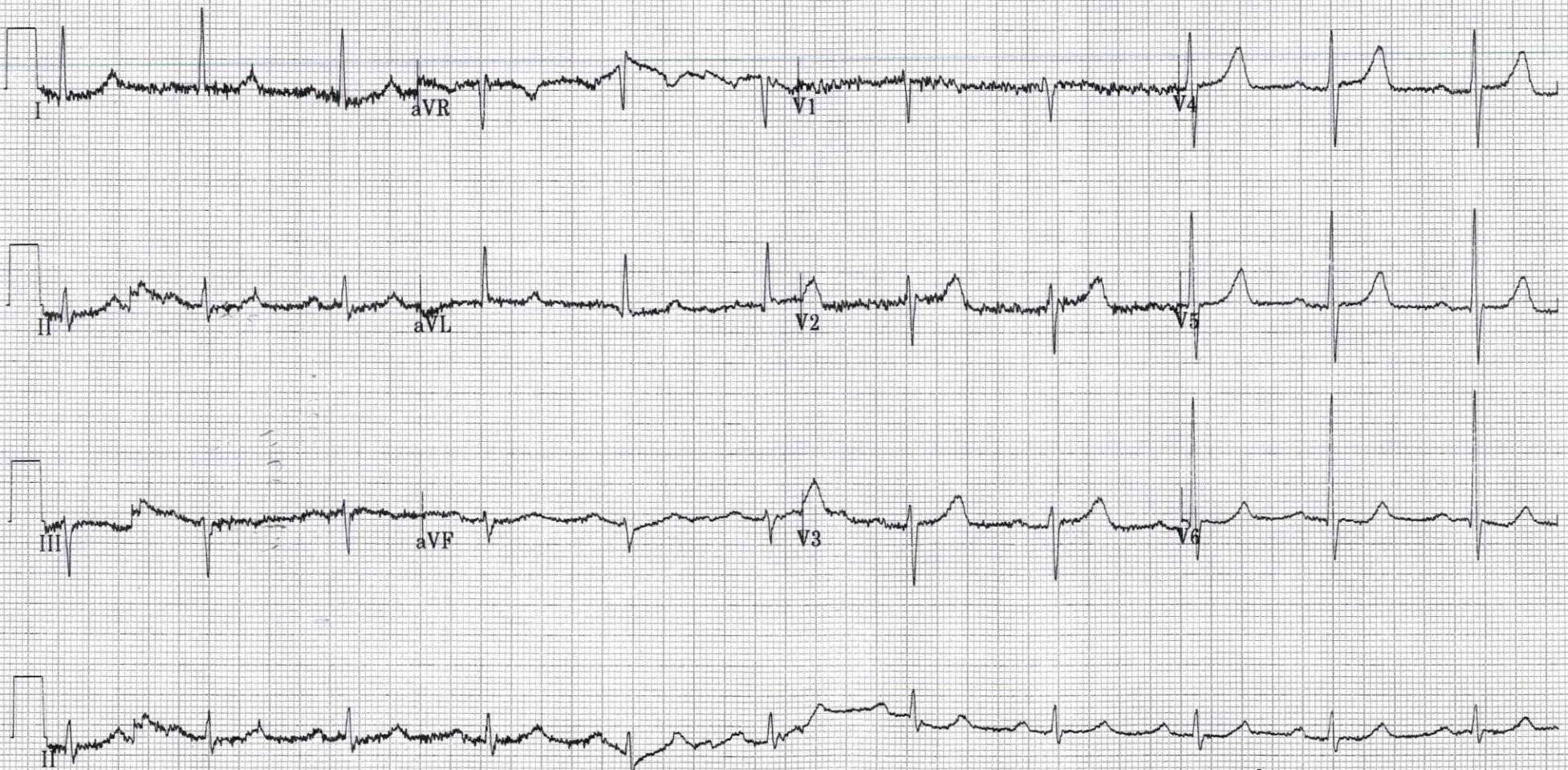
4 by 2.5s + 1 rhythm 1d

MAC55 009C

12SL™v239

Vent. rate 64 bpm
PR interval 230 ms
QRS duration 84 ms
QT/QTc 452/466 ms
P-R-T axes 49 -16 18

Unconfirmed



150 Hz 25.0 mm/s 10.0 mm/mV

4 by 2.5s + 1 rhythm 1d

MAC55 009C

12SL™v239

