

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

- Reclamation : 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

M23-001488

152196

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHARI Abdelghani
 Date de naissance : 15.07.1967
 Adresse : 56, rue Mohammed VI, Casablanca 21801
 Tél. : 0661976344 Total des frais engagés : 1377,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 03 MARS 2023
 Nom et prénom du malade : CHARI Abdelghani Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Lipo
 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 : 03/03/23
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- 0001488

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 8163
 Nom de l'adhérent(e) : Abdelghani Chari
 Total des frais engagés : 1377,10
 Date de dépôt :

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
09 MAI 2023			3001,00	الدكتور شافي عبد القوي أمراض القلب والشرابيين Dr. CHAHL Abdelghani Maladies du Cœur et des Vaisseaux Angle Bd. Panoramique et Bd. 2 Mars Andaloux 3 Rue 14 N°1 - 1 ^{er} Etg. Casablanca - Tél.: 05 22 57 05 06

INPE 091017202

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

09/05/23 10 77,10

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

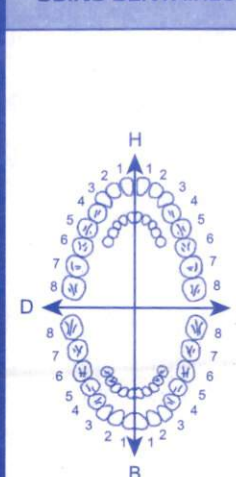
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, 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
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

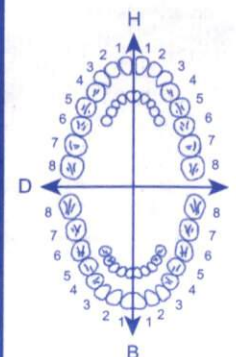
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Dr CHAHI Abdelghani

Spécialiste des maladies
du Cœur et des Vaisseaux HTA
Holter Tensionnel et Holter Rythmique
Epreuve d'Effort et Medecine de Sport



الدكتور شاهي عبد الغاني

عيادة أمراض القلب والشرابيين
التسجيل المستمر للضغط الدموي و لتخطيط القلب
إختبار القلب بالجهد

Nom : Chahit Abdelghani

Casablanca, le 03 MARS 2023

(165,00x3)

INDE: 092021763

(157,10x3)

Decretion

(27,70x4)

Carey

PHARMACIE DOUNIA
Mme Noufissa MENEBA
Jamilia 5 Rue 145 N°108
Bis CD CASA Tél: 0522 871441
ICE: 001534607000034

1077,10

116mm

الدكتور شاهي عبد الغاني
أمراض القلب والشرابيين
Dr. CHAHI Abdelghani
Maladies du Cœur et des Vaisseaux
Angle Bd. Panoramique et Bd. 2
Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1^{er} Ete
Casablanca - Tél: 05 22 52 05 05

①

LOT: 22110
PER: 04/2024
PPV: 165,00 DH

LOT: 22110
PER: 04/2024
PPV: 165,00 DH

LOT: 22110
PER: 04/2024
PPV: 165,00 DH

②

157,10

157,10

157,10

③

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

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

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **CHARIT Abdelghani**
Matricule : **8163** N° CIN : **BH68964**
Adresse : **56, Hay Texaoudia Rue 18 CIA MASA**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité : **Dr. CHAH Abdelghani**
N° ICE : **ICE : 001712637000059** N° INPE : **Angle Bd. Panoramique et Bd. 2**
Certifie que Mlle, Mme, M. : **Charit Abdelghani**
Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Hta Anger

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Cardine 240 Deventur K**
Cardipress 10

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Cas** le **03 MARS 2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. CHAH Abdelghani
Maladies du Cœur et des Vaisseaux
Angle Bd. Panoramique et Bd. 2
Mars Andalous 3 Rue 14 N°1
Casablanca - Tél : 05 22 52 05 05

* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

Dr. CHAH Abdelghani

Nom : charit abdelghani : 0028966

Sex : Male Case No. :

Age : Lit No. :

Clinique N : Date : 03/03/2023

Section :

Fréquence: 1000Hz

Temps d'écha 11s

FC: 68bpm

P Interval: 98ms

QRS Interval: 94 ms

T Interval: 223 ms

PR Interval: 181 ms

QT Interval: 380 ms

QTc Interval: 403 ms

P Axis: 56.40°

QRS Axis: 19.50°

T Axis: 18.70°

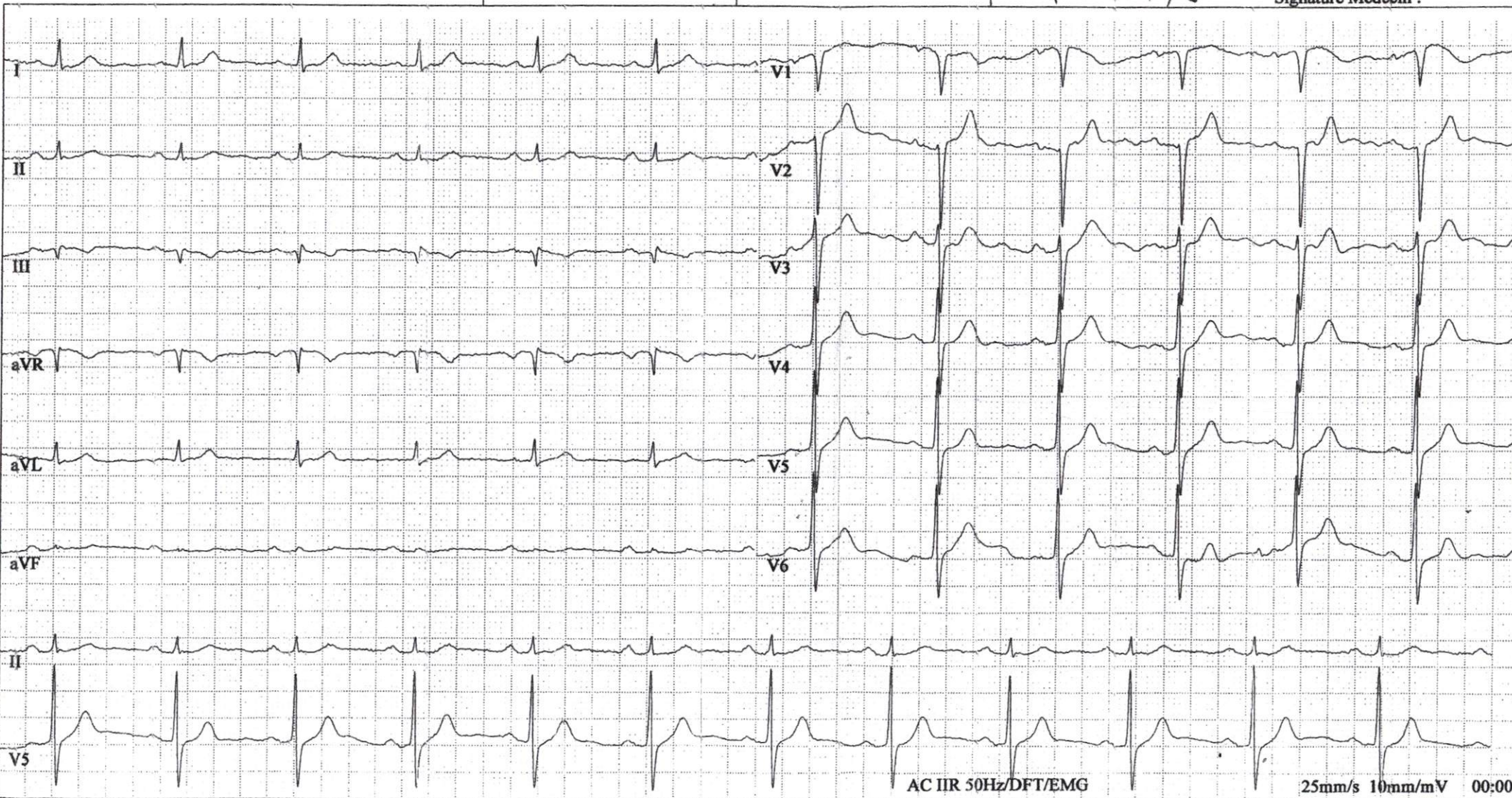
Prompt:

الدكتور شامي عبد الفتاح
أمراض القلب والشرابون
Dr. CHAH Abdelghani
Maladies du Cœur et des Vaisseaux
Angle Bd. Panoramique et Bd. 2
Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1^{er} EtR
Casablanca - Tél.: 05 22 52 05 05

17/8

Signature Medecin :

ECG



AC IIR 50Hz/DFT/EMG

25mm/s 10mm/mV 00:00