

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.

**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

N° P19-0033018

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5879 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SIKAR MAUKA

Date de naissance : 25.05.83

Adresse : RESIDENCE EZZAHRA n°28 Bd OUD RABAH n°6

Tél. : 0664506836 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

ش.سور شامي عبد القاتي  
أمراض القلب والشرايين  
Dr. CHAHI Abdelghani  
Maladies du Cœur et des Vaisseaux  
Angle 2d. Panoramique et Bg. 2  
Mar. Malou 3 Rue 14 N°1 - 1er E  
Casablanca - Tél. : 05 22 52 05

Date de consultation : 12 AVR 2023

Nom et prénom du malade : SIKAR MAUKA Age :

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

Nature de la maladie :

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) :



# 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
12 AVR 2023	2	300,00	300,00	<p>دكتور شامي عبد القادر</p> <p>أمراض القلب والشرابيين</p> <p>Dr. ENAH Abdelghani</p> <p>Maladies du Cœur et des Vaisseaux</p> <p>Angle Bd. Panoramique et Bd. 2 Mars Andalous 3 Rue 14 N°3 - 1<sup>er</sup> Etage</p> <p>Casablanca - Tél : 05 22 93 20 26</p> <p>INPE 091017202</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

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

**PHARMACIE HAY EL MATAR**  
**Dr. EL MABROUKI Hakim**  
 Bd. Oum Rabii Oulfa - Casablanca  
 Tél.: 05 22 93 20 26

# 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
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

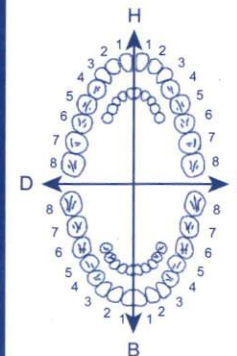
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canauxaires, 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	G
00000000	00000000
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

**Dr CHAHI Abdelghani**

Spécialiste des maladies

du Coeur et des Vaisseaux HTA

Holter Tensionnel et Holter Rythmique

Epreuve d'Effort et Medecine de Sport



الدكتور شاهي عبد الغاني

عيادة أمراض القلب والأشرايين

التسجيل المستمر للضغط الدموي ولتخطيط القلب

إختبار القلب بالجهد

Nom : Sikar Moulka

Casablanca, le 12/04/23

120,80 x 3



Inusar 150

100

41,80 x 2



Airb lacyl 40

1/200

446,00

PHARMACIE HAY EL MATAR  
Dr. EL MABROUKI Hakim  
1, Bd. Oum Rabii Oulfa - Casablanca  
Tél.: 05 22 93 20 26

113 mg

دكتور شاهي عبد الغاني  
أمراض القلب والأشرايين  
**Dr. CHAHI Abdelghani**  
Maladies du Coeur et des Vaisseaux  
Angle Bd. Panoramique et Bd. 2  
Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1<sup>er</sup> Et  
Casablanca - Tél.: 05 22 52 05 00

LOT : 22E009  
PER.: 10 2025  
AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
P.P.V : 41DH80



LOT : 22E009  
PER.: 10 2025  
AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
P.P.V : 41DH80



PPV : 120DH80

Lot n° :

EXP:

Boite de 28  
comprimés pelliculés  
Voie orale



PPV : 120DH80

Lot n° :

EXP:

IRBESAR\* SUL 150 mg  
Boite de 28  
comprimés pelliculés  
Voie orale



PPV : 120DH80

Lot n° :

EXP:

IRBESAR\* SUL 150 mg  
Boite de 28  
comprimés pelliculés  
Voie orale





# Dr CHAHI Abdelghani

Nom : sikar malika SN : 0029592

Sex : Female Case No. :

Age : 70Y Lit No. :

Clinique N : Date : 12/04/2023

Section :

Fréquence: 1000Hz

Temps d'écha 11s

FC: 66bpm

P Interval: 97ms

QRS Interval: 98 ms

T Interval: 273 ms

PR Interval: 149 ms

QT Interval: 411 ms

QTc Interval: 431 ms

P Axis: 49.90°

QRS Axis: 53.70°

T Axis: 46.60°

Prompt:

دكتور شامي عبد الغاني  
أمراض القلب والشرايين  
Dr. CHAHI Abdelghani  
Maladies du Cœur et des Vaisseaux  
Angle Bd. Panoramique et Bd. 2  
Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1<sup>er</sup> Et  
Casablanca - Tél.: 05 22 52 05 01

Signature Medecin :

## ECG

