

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Declaration de Maladie

N° W21-765497

169372

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matri : 0944 Société : RAM
☐ Acuf ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : HALMONY Abdelmajid
 Date de naissance : 09.01.1930
 Adresse : Coop/ALICRAFI n° 21. Sidi M'hammed CASABLANCA
 Tél : 0698.33.54.57 Total des frais engagés : 1030,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/07/2023
 Nom et prénom du malade : ZITOUNE KEBIRA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : Halmoney

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le devis
06/07/2023	CE FECG	3000H		<p>Dr. SILVANO CARDIAC</p> <p>Angle Bd. Ibn Rochd - 3ème Etage N°3 El Mouriskouh - Casablanca - Tél. 0522 61 11 33</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/07/2023	730,40

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	

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montants des Soins

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

AMM N° 50917 DMP/21 NNP

TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/5 mg

30 comprimés pelliculés

PPV : 164,70 Dh

Servier Maroc - Casablanca

AMM N° 50917 DMP/21 NNP

TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/5 mg

30 comprimés pelliculés

PPV : 164,70 Dh

Servier Maroc - Casablanca

AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec 10mg

15 comprimés pelliculés sécables

6 118000 020158

AMM N° 60/19/DMP/21/NRGDM

Zyrtec 10mg

15 comprimés pelliculés sécables

6 118000 020158

AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec 10mg

15 comprimés pelliculés sécables

6 118000 020158

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

ZYLORIC 100 mg

Boîte de 100 comprimés

AMM N° 63 DMP/21/NTT

BOITHEMA BOUSKOURA

6 118000 022268

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

LOT 222649

EXP 11 2026

PPV 46.70 DH

Dr. Siham BELAICHE

Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux

Explorations
Cardio-Vasculaires



د. سهام بلعيش

إختصاصية في أمراض
القلب و الشرايين
استكشاف أمراض
القلب و الشرايين

26/7/23

Zitome Kéline

16470 x3

hiptixam 12/2/18

632043

1/8

Zytex 10

1/8

Zytex 10

1/8

3
mar
slp
لحقاقها



Dr. Siham BELAICHE
Cardiologue
Angle Bd. Ibn Tachefine et Adraa
El Mourakouchi, 3ème Etage N° 5
Casablanca - Tél.: 0522 61 11 33



زاوية شارع ابن تاشفين وابن العدراء المراكشي، إقامة فاطمة الزهراء II الطابق الثالث رقم 5
(فوق أسيمما و BMCE) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 61 11 33
Angle Bd. Ibn Tachefine et Ibn El Adraa El Mourakouchi, Résidence Fatima Zahra II 3ÈME étage, N° 5
Casablanca (au dessus de Acima et BMCE) - Tél.: 05 22 61 11 33

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

Nom et prénom : Zitane Kekis Epoque HALMONY.A

Matricule : 0944 N° CIN :

Adresse : coo/ALICHRAT II, n° 21, Sidi Kharouf CABA-

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

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

HTA sévère @ Hypertension

Dont ci-joint ordonnance :

traitement prescrit :

Trinitron 10/20/5 1fg
Zylor 10 1fg Zylor 10 1fg

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca 16/07/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

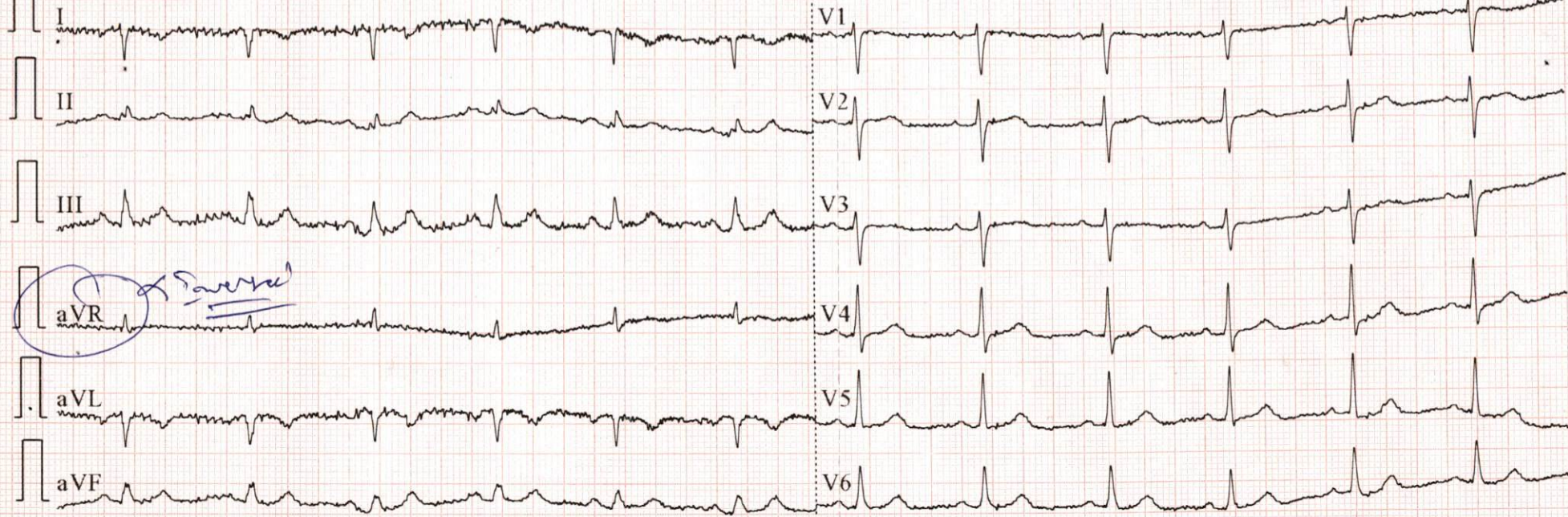
Dr. Sihem BELAICHE
Cardiologue
Angle Rd. Ibn Tachefine et Adraa
El Mouassatouchi 3ème Etage N° 5
Casablanca - Tél : 882 81 11 33

* 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

ID: h 24-06-2023 14:33:33

rabia Female Years (/ /)



ID: h
rabia
Female

Years (/ /)

24-06-2023 14:33:33

HR : 73 bpm
P : 126 ms
PR : 171 ms
QRS : 94 ms
QT/QTc : 374/415 ms
P/QRS/T : 121/126/112 °
RV5/SV1 : 0.876/0.577 mV

Diagnosis Information:

Sinus Rhythm

Arm Leads Reversed?

Normal ECG

Report Confirmed by: