

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

M22- N° 003746

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5730 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENSALIK Mostafa
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 0663653474 Total des frais engagés : 2311,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 20/09/2023
 Nom et prénom du malade : Bensalik Mostafa Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA
 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 : 20/09/23
 Signature de l'adhérent(e) :

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 Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 20.09.23 | CSPH 200 | | 300,00 | إختصاصية في أمراض القلب و الشرايين د. فلاح صالح بن عبد الحفيظ - الدار البيضاء Tél: 05 22 69 00 25 - GSM: 06 13 62 02 44 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| DR TOUM BENCHEKROUN Awatif PHARMACIE ALMOUWATEN Lotissement Annassim Lot. 192 Lissasfa - Casablanca Tél: 0522 90 97 34 92008168 | 20/09/2023 | 20 M.80 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

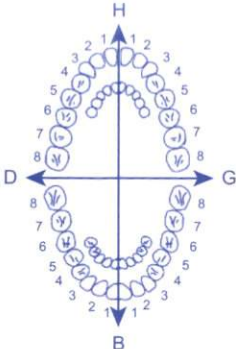
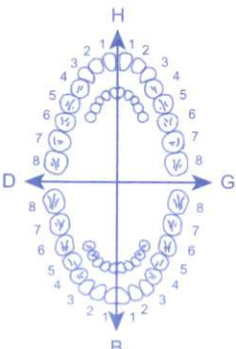
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 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

Docteur Najoua Yamoul

Cardiologue



الدكتورة نجوى يامل

إختصاصية في أمراض القلب والشرابين

- Ancienne interne au CHU Ibn Rochd

- Diplôme d'échocardiographie

doppler de l'Université Victor Segalen

de Bordeaux (France)

Electrocardiogramme - Echocardiographie doppler

Holter rythmique et tensionnel

Epreuve d'effort

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الإستشفائي ابن رشد

دبلوم فحص القلب بالصدى بجامعة بوردو (فرنسا)

تخطيط القلب - فحص القلب بالصدى

الفحص المستمر لدقات القلب والضغط الدموي

اختبار الجهد

Casablanca le :

20/09/2023

Mr Bensalek Mustapha

PPV: 168,20 DH
LOT: 651420
PER: 02/25

Ain sebaa Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28

Cp Pel
PPV: 155,80 DH

6 118001 082025

Ain sebaa Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28

Cp Pel
PPV: 155,80 DH

6 118001 082025

168.20

Augmentation de 15% - 0 - 1

155.80 x 3

Approved 150/15 mg

168.20
(168.20)

Dr. TOUM BENCHER
PHARMACIE AL

LOT: 213
PER: FEB 2026
PPV: 41 DH 90

LOT: 208
PER: OCT 2025
PPV: 41 DH 90

LOT: 213
PER: FEB 2026
PPV: 41 DH 90

41.20 x 3 Cardix

649.00 + 370.00

Rexaban 20g

373.00

379.00

PPV: 200 DH
PER: 04/26
LOT: M1219

LOT: 3855
PER: 04-26
P.P.V: 22 DH 00



GTIN 18901117248882

LOT 1B21050

EXP 07/2024

S/N 81328618570047

PPV: 189 DH 50

06 13 02 02 44

فضاء مكاتب لنا 548 الحاج فاتح شارع واد الدورة. الطابق الثاني (مع المصعد)

aux Lina Imm. 548 Haj Fateh, Bd. Oued Daoura 2^{eme} Etage

(Avec Ascenseur) El Oulfa - Casablanca

E-mail : drnajoua.yamoul@gmail.com

Dr Najoua Yamoul

Name: BENSALAK MOSTAFA

Sex: Male BedNo.:

Age: 65Y Date: 20/09/2023 11:24:39

SN: 000047 Section:

Cli No.: CaseNo.: 2805

Frequency: 1000Hz
 Sample Time: 47s
 HR: 66bpm
 P Interval: --
 QRS Interval: 111ms
 T Interval: 285ms
 PR Interval: --
 QT Interval: 492ms
 QTc Interval: 514ms
 P Axis: --
 QRS Axis: -57.20°
 T Axis: 41.70°
 RV5/SV1 0.85/0.52mV
 RV5+SV1 1.37mV

Prompt:

Total Beats 51, Normal Beats 43, SVE 8.
 Severity Left axis deviation; Left and Front Fascicles
 Conduction block; Abnormal T wave;

Doctor:

