

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Declaration de Maladie

N° W19-470702

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2768 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MILALI Fouzi A

Date de naissance : 08 08 58

Adresse : HAY 9 ABDELLAH. Bd TAZA - Rue 99 N° 5 - CASABLANCA - ATN CHOCK

Tél. : 06 00 37 61 66 Total des frais engagés : 2290,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19 Sept 2023

Nom et prénom du malade : MILALI Fouzi A Age : 58

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

Nature de la maladie : Carthago

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 : 23/09/2023

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
19 Sept 2023		250		INP: 009725027

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	19/09/23	2040160

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de protheses ou de traitement canaux, 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"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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



**Dr. Mohamed Ali BENNANI**  
**Cardiologue**

Spécialiste des maladies  
du cœur, des vaisseaux  
et de l'hypertension artérielle  
Echocardiographie doppler - Holter  
tensionnel - Holter rythmique  
Epreuve d'effort  
Traitement des varices  
Sur Rendez-vous



مركز فحوصات القلب والشرابيين  
**CENTRE D'EXPLORATIONS  
CARDIOVASCULAIRES**

**19/09/2023**

Casablanca, le :

**Mme HILALI FOUZIA**

Nom :

LEVOTHYROX 50µg, Comprimé sécable : 1 comprimé le matin pendant 3 mois

CARDENSIEL 10mg, Comprimé pelliculé sécable : 1 comprimé matin pendant 3 mois

ZYLORIC 100mg Comprimé : 1 comprimé à midi pendant 3 mois

ZEPAM 6 mg Comprimé  
Comprimé en 1/4 - 1/4 - 1/2 Pendant 3 mois

LAROXYL 50 mg, Comprimé enrobé : 1 comprimé le soir

ROSAT 20 : 1 comprimé le soir pendant 3 mois

APROVASC 300/5 mg : 1 comprimé le matin pendant 3

KARDEGIC 160 mg , poudre en Sachet : 1 sachet à midi pendant 3 m

GLUCOPHAGE 1000 mg, Comprimé pelliculé : 1 comprimé so

Traitement à ne pas arrêter jusqu'au p

حمام الفن) - ابن امسيك - الدار البيضاء  
1, Rue 4 Ahd El Jadid et Bd. Reda Guedira  
Tél./Fax : 0522 59 59 00 - GSI

LOT 230632  
EXP 04/2026  
PPV 28.00 DH

04/2026  
PPV 28.00 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
م لمدة 24 ساعة  
قلب لمدة 24 ساعة  
تفتحة بالساق

18001 102013  
rothyrox® 50µg,  
rimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

4 18001 100897  
Cardensiel® 10 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 76,90 DH

118001 100897  
Cardensiel® 10 mg  
rimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 76,90 DH

Cardensiel® 10 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 76,90 DH

LOT 231238  
EXP 03 2027  
PPV 46.70 DH

PPV: 34 DH70  
PER: 05/26  
LOT: M1238

PPV: 34 DH70  
PER: 04/26  
LOT: M1238

6 118001 040391  
LAROXYL 50 mg  
(Chlorhydrate d'amitriptyline)  
20 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A.  
PPV: 38 DH 30

040391  
50 mg  
(amitriptyline)  
pelliculés  
PPV: 38 DH 30

6 118001 040391  
LAROXYL 50 mg  
(Chlorhydrate d'amitriptyline)  
20 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A.  
PPV: 38 DH 30

040391  
50 mg  
(amitriptyline)  
s pelliculés  
PPV: 38 DH 30

PPV: 238 DH  
PER: 07/25  
LOT: M2382

PPV: 238 DH00  
PER: 07/25  
LOT: M2382-2

KARDEGIC 150mg  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70

6 118001 081189  
P.P.V : 35DH70

118001 081189  
P.P.V : 35DH70

118001 081189  
P.P.V : 35DH70

APROVASC 300mg/5mg sachet  
Cp Pel  
PPV : 185,60 DH

6 118001 082049  
Cp Pel  
PPV : 185,60 DH

6 118001 082049  
Cp Pel  
PPV : 185,60 DH

6 118001 082049  
Cp Pel  
PPV : 185,60 DH

جديد وشارع رضی اكديرة (النيل  
تة de Hammam El Fane) - Ben M'sik - Casablanca  
- E-mail : bennanimedali@yahoo.fr



Nom :fouzia hilali

Sex: femell Lit No:

Age: Date: 19/09/2023 16:50:46

SN: 001252 Section:

Cli No.: CaseNo.:

Fréquence:	1000Hz	QT Interval:	435ms
Temps d'écha	10s	QTc Interval:	440ms
FC:	62bpm	P Axis:	31.40°
P Interval:	107ms	QRS Axis:	-2.90°
QRS Interval:	100ms	T Axis:	158.10°
T Interval:	176ms	RV5/SV1	1.53/1.79mV
PR Interval:	166ms	RV5+SV1	3.32mV

Prompt:

Total Battem10 , Battements No10 .  
in gear Sinus mode Target rate; Midding Left axis  
deviation; ST depression, mild opical myocardial  
ischemia; ST depression, mild anterolateral myocardial  
ischemia; ST depression, mild high lateral myocardial  
ischemia; Abnormal T wave;

Docteur:

