

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 - 5ème 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

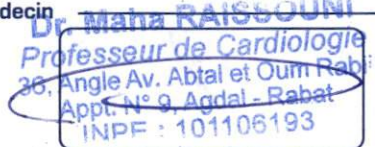
N° M21- 0058256

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1606 Société : ND
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : ND
Nom & Prénom : Tadili Sidi Hamid
Date de naissance : 16/07/1949
Adresse : 06 Av. Abdelkrim Khattabi, Océan (Rabat)
Tél. : 06 58436929 Total des frais engagés : 1173,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 22/09/2023
Nom et prénom du malade : EL MOUDDEN Amina Age : 74
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : H.T.A
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ND
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) :

Autorisation CNDP N° : AA-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
22/09/23	CJ		350,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/09/23	823,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

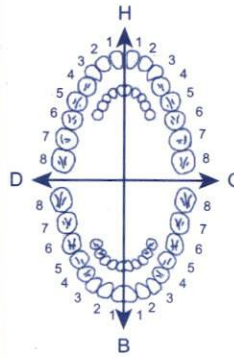
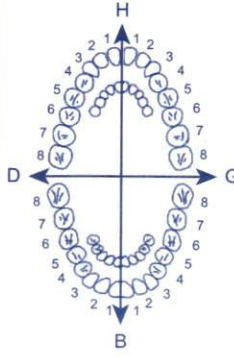
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Dr. Maha RAÏSSOUNI

Cardiologue

- Ex Professeur de la Faculté de Médecine de Rabat
- Ex medecin Colonel
- Ancien Chef du service de cardiologie clinique à l'Hôpital Militaire M^{ed} V, Rabat



د. مهى الريسوني

طبيبة أمراض القلب والشرابين

- أستاذة سابقة بكلية الطب و الصيدلة بالرباط
- دكتور كولونيل سابق
- طبيبة رئيسة سابقا لمصلحة القلب بالمستشفى العسكري
- نحمد الخامس بالرباط

22/09/2023

Rabat, le : / /

MME EL MOUDDEN AMINA

132,40 + 3

- Co vartex 160/12.5 mg
1 Comprimé, matin, pendant 3 mois

13,00 + 3

- Anglor 5 mg - comprimé
1 Comprimé, soir, pendant 3 mois

99,00 + 3

- LDNOR 20mg
1 Comprimé, soir, pendant 3 mois

PPV 43DH00
PER 06/25
LOT M1906

PPV: 43DH00
PER: 07/25
LOT: M2687

PPV 43DH00
PER 03/25
LOT M1906

823,20

Dr. Maha RAÏSSOUNI
Professeur de Cardiologie
36, Angle Av. Abtal et Oum Rabil
Appt. N° 9, Agdal - Rabat
INPE 1491108103

PHARMACIE CHATEA
N° 39, Résidence Chateaux,
Bethoven - Harhoura
Tel.: 0537 74 49 75

132,40

132,40

132,40

LOT : 221592
EXP : 12/2025
PPV : 99.00DH

LOT : 230875
EXP : 06/2026
PPV : 99.00DH

36, Angle Av. Abtal et Oum Rabil, Appt. n° 9, Agdal - Rabat

✉ raissounimaha@gmail.com ☎ 0537 774 102

Professeur Maha Raissouni

CARDIOLOGUE

Professeur en Cardiologie de la Faculté
de Médecine de Rabat
Ex chef de Service de Cardiologie Clinique à
Hôpital Militaire - Rabat
Diplôme Inter-universitaire
d'Echocardiographie, Bordeaux - France



د. مهي الريسوني

طبيبة أمراض القلب و الشرايين

أستاذة سابقة بكلية الطب و الصيدلة بالرباط
رئيسة سابقا لمصلحة القلب بالمستشفى العسكري
محمد الخامس بالرباط
دبلوم جامعي في تخطيط صدى القلب ، بوردو - فرنسا

Rabat le: ... 2.2 SEP. 2023.

NOTE D'HONORAIRES

ICE : 002901392000004

INPE : 101106193

Nom du Patient : EL MOUDDEN AMINA

Consultation spécialisée : 350dhs

La somme est arrêtée à : 350dhs

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

Dr. Maha RAISSOUNI
Professeur de Cardiologie
36, Angle Av. Abtal et Oum Rabii
Appt. N° 9, Agdal - Rabat



+212 537 77 41 02 / +212 610 06 83 74



raissounimaha@gmail.com



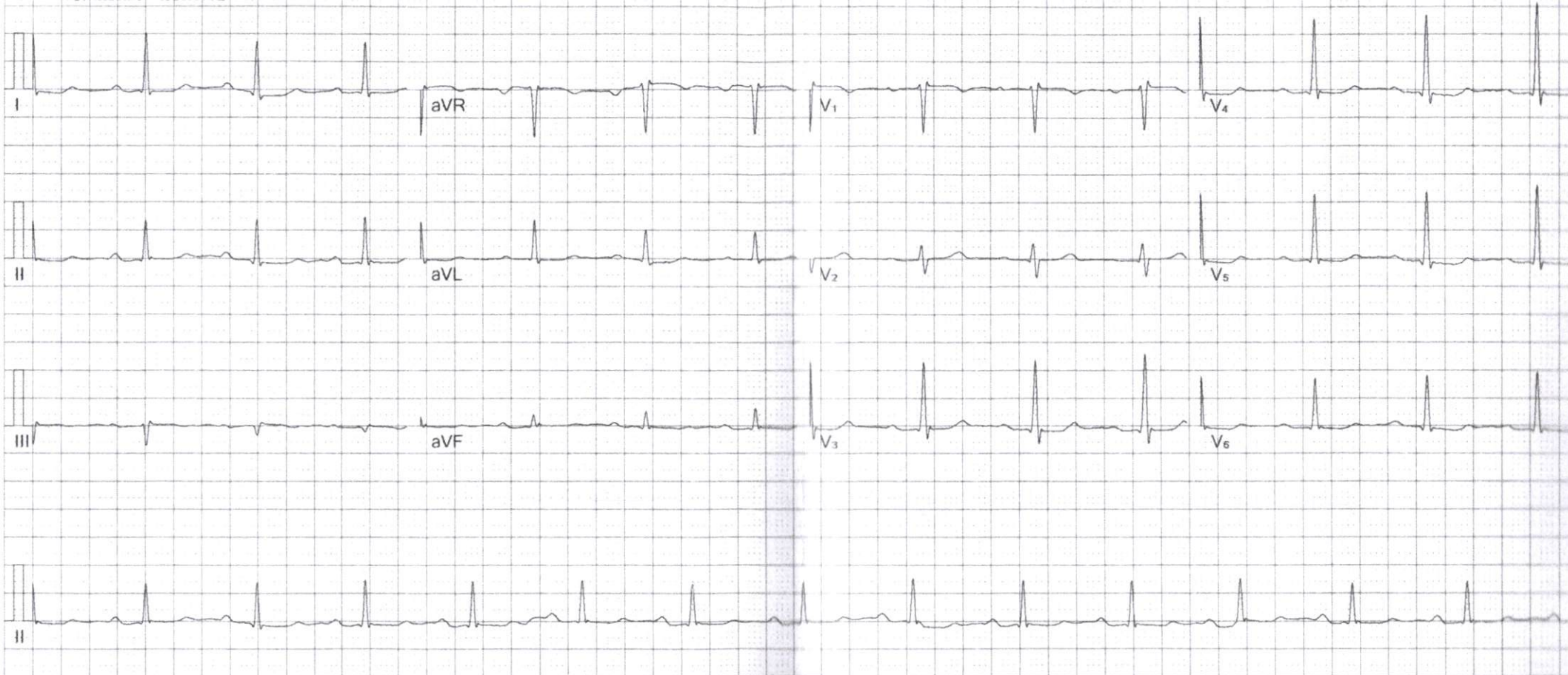
36, تقاطع شارع الأبطال و أم الربيع، شقة 9، أكدال - الرباط
36, Angle Av. Abtal et Oum Rabii, Appt. 9, Agdal - Rabat

ECG

Dr Maha RAISSOUNI

NOM: EL MOUDDEN AMINA ID : Genre : Femme Age : 62 DOB : 01-12-1960 Date of Test : 22-09-2023 18:13
Case #: Investigation #: Médecin Référent: Dr Maha RAISSOUNI

10mm/mV 25mm/s



Fréquence : 1000 Hz Intervalle PR : 221 ms

Durée Echantillon : 20 s Intervalle QT : 364 ms

FC : 75 bpm Intervalle QTc : 406 ms

Durée P : 88 ms Axe P : 49.1°

Durée QRS : 75 ms Axe QRS : 20.3°

Durée T : 259 ms Axe T : 45.1°

Suggestion :

Filtre Principal: On Filtre ADS: On

Signature Médecin: