

## 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- 0024487

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1238

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MANSOURI YAHIAOUI BAELIN

Date de naissance : 07/03/1950

Adresse : Le Cameroun

Tél. : 06 61 31 41 95

Total des frais engagés : 1525,50

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 5/9/2023

Nom et prénom du malade : Mansouri Yahiaoui Baelin Age : 73 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Coronaropathie + HTA + PAH

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 23/09/2023

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 : 05/09/2023

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
5/9/2023	C	2	300,50	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

05.09.2023 1225,50

# 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

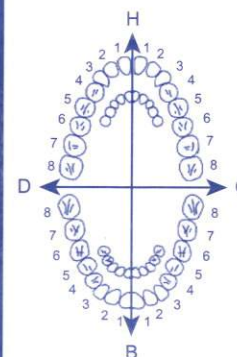
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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

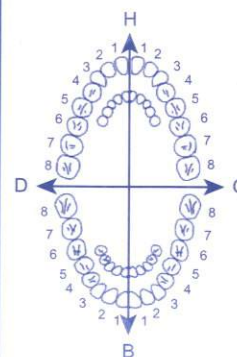
[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



Salé, le : 5/9/2023

Nansari Yahiaoui Becker

- 1/ Concor 10/10 1 cp  
 $135,50 \times 3 = 406,50$
- 2/ Amap 10 y: 1 cp  
 $75,20 \times 3 = 225,60$
- 3/ Crestor 10 y: 1 cp  
 $167,00 \times 3 = 501,00$
- 4/ Xarelto 18 y: 1 cp  
 $30,70 \times 3 = 92,10$

thi

PHARMACIE DU QUAR  
Rajaa SEBASTIEN  
93, Rue Libourne  
Tél: 05 22 30 40 40  
N° 1961

Dr. Belachkar Assia  
Cardiologue  
Rue Adam II, Im. 5 N° 1  
Tél: 07 07 59 40 40



14011067



**COSYREL 10mg/10mg**  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 135,60 DH  
Servier Maroc - Casablanca

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احفظوا الجرعات الموصوفة  
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
فقط بوصفة طبية

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 167,00 DH



5 000456 037891

AstraZeneca

14011067



**COSYREL 10mg/10mg**  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 135,60 DH  
Servier Maroc - Casablanca

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احفظوا الجرعات الموصوفة  
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
فقط بوصفة طبية

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 167,00 DH



5 000456 037891

AstraZeneca

14011067



**COSYREL 10mg/10mg**  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 135,60 DH  
Servier Maroc - Casablanca

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احفظوا الجرعات الموصوفة  
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
فقط بوصفة طبية

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 167,00 DH



5 000456 037891

AstraZeneca

**AMEP® 10mg**  
28 comprimés



6 118000 081784

LOT : 23E006  
PER: 03 2025

**KARDEGIC 75MG**  
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

LOT : 23E006  
PER: 03 2025

**KARDEGIC 75MG**  
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

LOT : 23E006  
PER: 03 2025

**KARDEGIC 75MG**  
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

**AMEP® 10mg**  
28 comprimés



6 118000 081784

**AMEP® 10mg**  
28 comprimés



6 118000 081784

75,20

75,20

75,20

☐ valable 3 mois

Le 5 / 9 / 2023

<b>DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE</b> <input type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	
Certifie que Mlle, Mme, M. : <u>Nansou Yohiaoui Bachir</u>	
Présente <u>HTA + Coronaric + L PAE</u>	
Nécessitant un traitement d'une durée de : <u>longue durée</u> <u>Conyrel 10/10 + Amaplay + Crestor 10 mg +</u> <u>Relslegic 75</u>	
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit) <u>Conyrel 10/10 + Amaplay + Crestor 10 mg + Relslegic 75</u>	

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir  
6ème Etage, Casablanca

  
Lalla Asmae  
Cardiologue  
07 59 40 40



Nom **Bachir Mansouri**  
N° patient **fd35afcc-b683-406d-bcf5-5d27e6c7939a**

05.09.2023 12:16:28  
12 dérivation standard

Date de naiss...  
Sexe Non défini  
Taille  
Poids  
Ethnique Non défini  
Stimulateur c... Inconnu

N° séjour  
Chambre  
Traitement  
N° requête  
Émetteur de l...  
Prot. requ.

FC **65 bpm**

RR	927 ms
P	106 ms
PR	161 ms
QRS	77 ms
QT	396 ms
QTcB	411 ms

Axe P 0°  
Axe QRS -26°  
Axe T 0°

Rapport non confirmé

Indication  
Remarque



25 mm/s, 10 mm/mV

Séquentiel

FPB 25 Hz, CA 50Hz