

# 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0042381 **187548**

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **0444** Société :  
☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : **DIABE Driss**  
 Date de naissance : **01.07.1944**  
 Adresse : **Dar Salama - Rue J. Immeuble 3 - N° 7 - A.S. Casa**  
 Tél. : **06 11 13 04 45** Total des frais engagés : **2500,70** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : **11/12/2023**  
 Nom et prénom du malade : **A. DIABE Driss**  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint  
 Nature de la maladie : **A. T.A + Dépl**  
 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 : **Casa** Le : **20/12/2023**  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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 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](http://www.mupras.com)



# 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
11.12.23		3	300.000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
136. Rue Mohammed VI - Casablanca Hay Mohammadi - Casablanca Tel: 05 22 29 81 55 / 05 22 27 28 89	11/12/23	2200,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

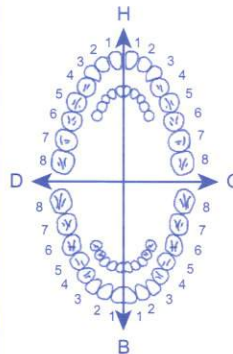
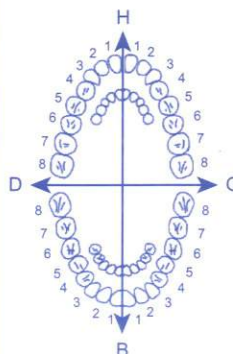
# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				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"/>
H		H																								
25533412	21433552																									
00000000	00000000																									
D		G																								
00000000	00000000																									
35533411	11433553																									
B																										
																										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
**Cardiologie adulte et pédiatrique**  
**Explorations Cardio-vasculaires**

5 rue Mohamed Abdou

CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

PHARMACIE IKHKLAS  
 Dr. EL MAKHLOUF  
 136 Rue Ibn El Ouannane,  
 Hay Moukharraz - Casablanca  
 Tél.: 05 22 60 07 19

**Monsieur DIABE Driss**

Casablanca le 11.12.2023

3130x4  
 1- ZYLORIC 200 MG:  
 1 CP PAR JOUR X 3

147,10x4  
 2- ROZAT 10 MG :  
 1CP LE. SOIR SANS ARRÊT

35,70x3  
 3- KARDEGIC 160 MG  
 1 SACHET PAR JOUR

23,00x4  
 4- EXFORGEHCT 10MG/160 MG  
 1 CP PAR JOUR SANS ARRÊT

12,00x4  
 5- DETENSIEL 10MG

1 CP PAR JOUR SANS ARRÊT LE MATIN

231793 05 2027 31.30	231793 05 2027 31.30	231793 05 2027 31.30	231793 05 2027 31.30
PPV: 147DH10 PER: 09/25 LOT: M2994-2	PPV: 147DH10 PER: 09/25 LOT: M2994-2	PPV: 147DH10 PER: 09/25 LOT: M2994-2	PPV: 147DH10 PER: 09/25 LOT: M2994-2
KARDEGIC 160MG SACHETS B30 P.P.V : 35DH70	KARDEGIC 160MG SACHETS B30 P.P.V : 35DH70	KARDEGIC 160MG SACHETS B30 P.P.V : 35DH70	
EXFORGE 10mg/160mg 28 comprimés pellicu PPV : 273,00 DH	EXFORGE 10mg/160mg 28 comprimés pellicu PPV : 273,00 DH	EXFORGE 10mg/160mg 28 comprimés pellicu PPV : 273,00 DH	EXFORGE 10mg/160mg 28 comprimés pellicu PPV : 273,00 DH

1180011017118001101711800110171180011017  
 PPV : 72,00 DH PPV : 72,00 DH PPV : 72,00 DH PPV : 72,00 DH  
 ribué par Cooper Ph ribué par Cooper Ph ribué par Cooper Ph ribué par Cooper P

**Dr. EL MAKHLOUF**  
 Professeur Agrégé Cardiologie  
 5, Rue Med. Abdouh - Casa  
 Tél: 05 22 29 81 55 / 59 - 05 22 47 26 89



# ECG

Dr EL MAKHLOUF Ali

NOM: DRISS DIABE

ID :

Genre : Homme

Age : 79

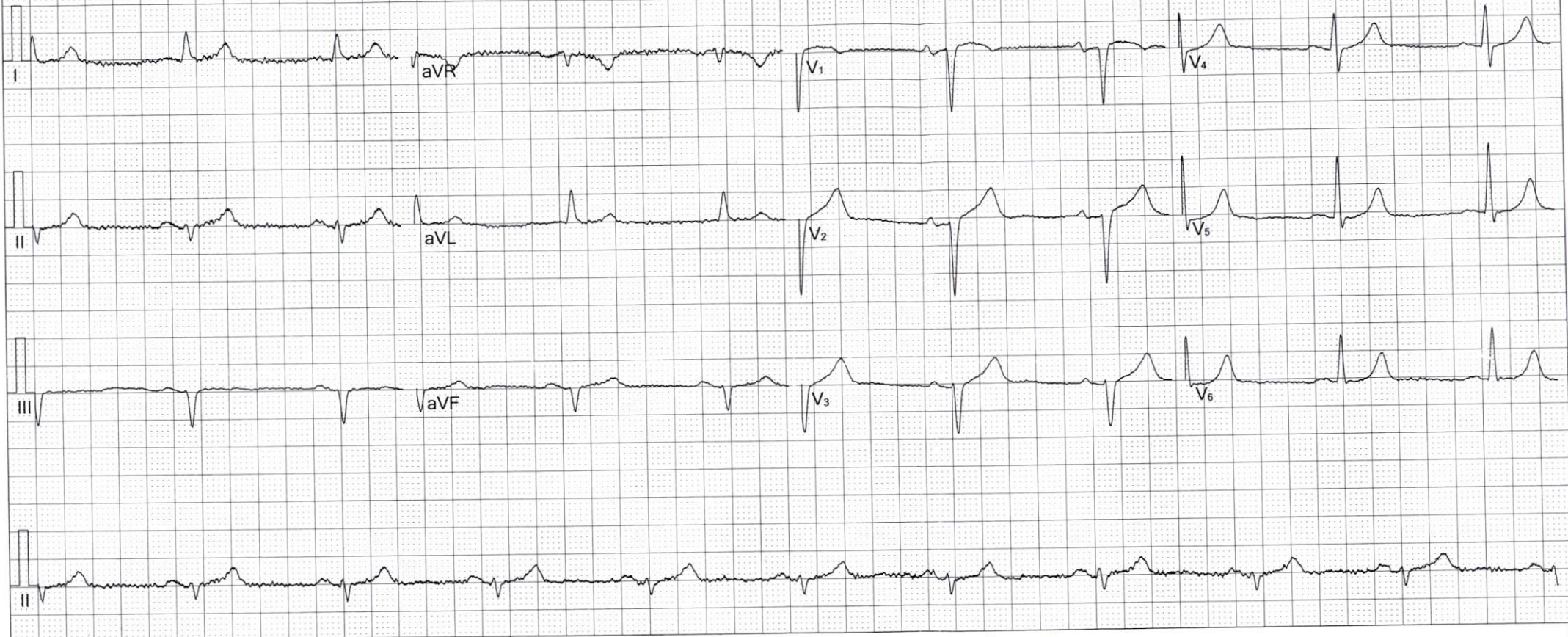
DDN : 01-01-1944

Date Test : 11-12-2023 13:23

Case # : Investigation # : Médecin Référent :

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal: On Filtre ADS: On



Fréquence :	1000 Hz	Interval.QT :	427 ms
Durée ECG :	20 s	Interval.QTc :	430 ms
FC :	61 bpm	Axe P :	52.0°
Durée P :	115 ms	Axe QRS :	-40.6°
Durée QRS :	83 ms	Axe T :	41.2°
Durée T :	314 ms	RV5/SV1:	0.99/0.86mV
Interval.PQ :	171 ms	RV5+SV1:	1.85mV

Suggestion :

TA 140/53.  $\Rightarrow$  135/53.  
P: 57kg.

**Dr. EL MAKHLOUF Ali**  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél: 05 22 29 81 55 / 05 22 47 26 89  
Signature Médecin