

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.

Diagnostic 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.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 : N° P19-0017533

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2623 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELAJJANI DAISS Date de naissance : 05/01/1957
Adresse : 42 AVENUE IBN KHATIB ETG. 1 AP. 2 FES
Tél. : 06 65 10 67 03 Total des frais engagés : 1012,4 Dhs


Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 10/09/2019
Nom et prénom du malade : ELAJJANI DAISS Age : 62 ANS
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA
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 : 25/09/2019 FES Le : 25/09/2019
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
10 SEPT 2018	CSC	1.15	302.05	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/09/19	21240

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

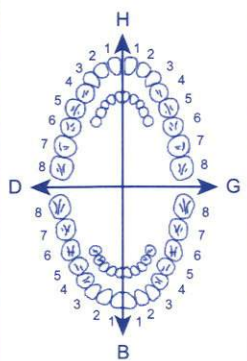
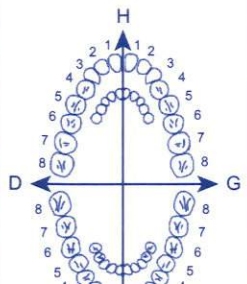
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H														
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS										
				DATE DU DEVIS										

Docteur Thami AKESBI

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé des Universités de Paris

Diplômé d'échocardiographie et de Cardiologie
Congénitale et Pédiatrique

Ancien Assistant des hôpitaux de la région parisienne



141004119

Me: 2623

الدكتور التهامي أقصبي

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

خريج جامعات باريس

مجاز في الإيكوغرافيا و في أمراض القلب
الخلقية و للطفل

طبيب مساعد سابق بمستشفيات ضواحي باريس

10/09/2019

MR EL AJJANI DRISS

MATIN MIDI SOIR

1. TORVA 10 MG CP 0 0 1/2 APRES REPAS

2. PREZAR 100 MG CP 0 0 1 APRES REPAS

TRAITEMENT CONTINU
QSP 3 MOIS
A REVOIR DANS 3 MOIS

LOT: 1083
PER: 07/21
PPV: 57.80

LOT: 1083
PER: 07/21
PPV: 57.80

PPV 149.20
PER 04/22
LOT 1908

PPV 149.20
PER 04/22
LOT 1908

PPV 149.20
PER 04/22
LOT 1908

PPV 149.20
PER 04/22
LOT 1908

GSM : 06 61 19 50 96 : المحمول

E-mail : tak

08 08 50 77 03 رقم الهاتف و الفاكس
AV. des FAR - Rue Charif Radi Imm Taj FES - Tel & Fax 08 08 50 77 03

Mle. 2623



☒ valable 3 mois

Le10 SEP. 2019.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr AKESBI Thami Cardiologue

Certifie que Mlle, Mme, M. :

EL ATTAUI DRIS

Présente

Une HYPERTENSION

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 ans

Docteur AKESBI Thami

Cardiologue Fès

INP 141004119

05 35 65 90 40 / 06 61 25 50 96

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Docteur Thami AKESBI
Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé des Universités de Paris
Diplômé d'échocardiographie et de Cardiologie
Congénitale et Pédiatrique
Ancien Assistant des hôpitaux de la région parisienne



الدكتور التهامي أقصبي
اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
خريج جامعات باريس
مجاز في الإيكوغرافيا و في أمراض القلب
الخلقية و للطفل
طبيب مساعد سابقا بمستشفيات ضواحي باريس

10/09/2019

Me: 2623

NOTE D'HONORAIRES

MR EL AJJANI DRISS

Docteur A. SBI Thami
Cardiologue Fès
INP 141004119
05 35 65 90 40 / 06 61 19 50 96

CS + ECG

300.00 DH

TOTAL TTC : 300.00 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE À TROIS CENT DH.

Docteur A. SBI Thami
Cardiologue Fès
INP 141004119
05 35 65 90 40 / 06 61 19 50 96

CABINET DR THAMI AKESBI

File: 2623

ECG

Name : EL AJJANI DRIS8x : Male

Age :

Clinic No. : 78

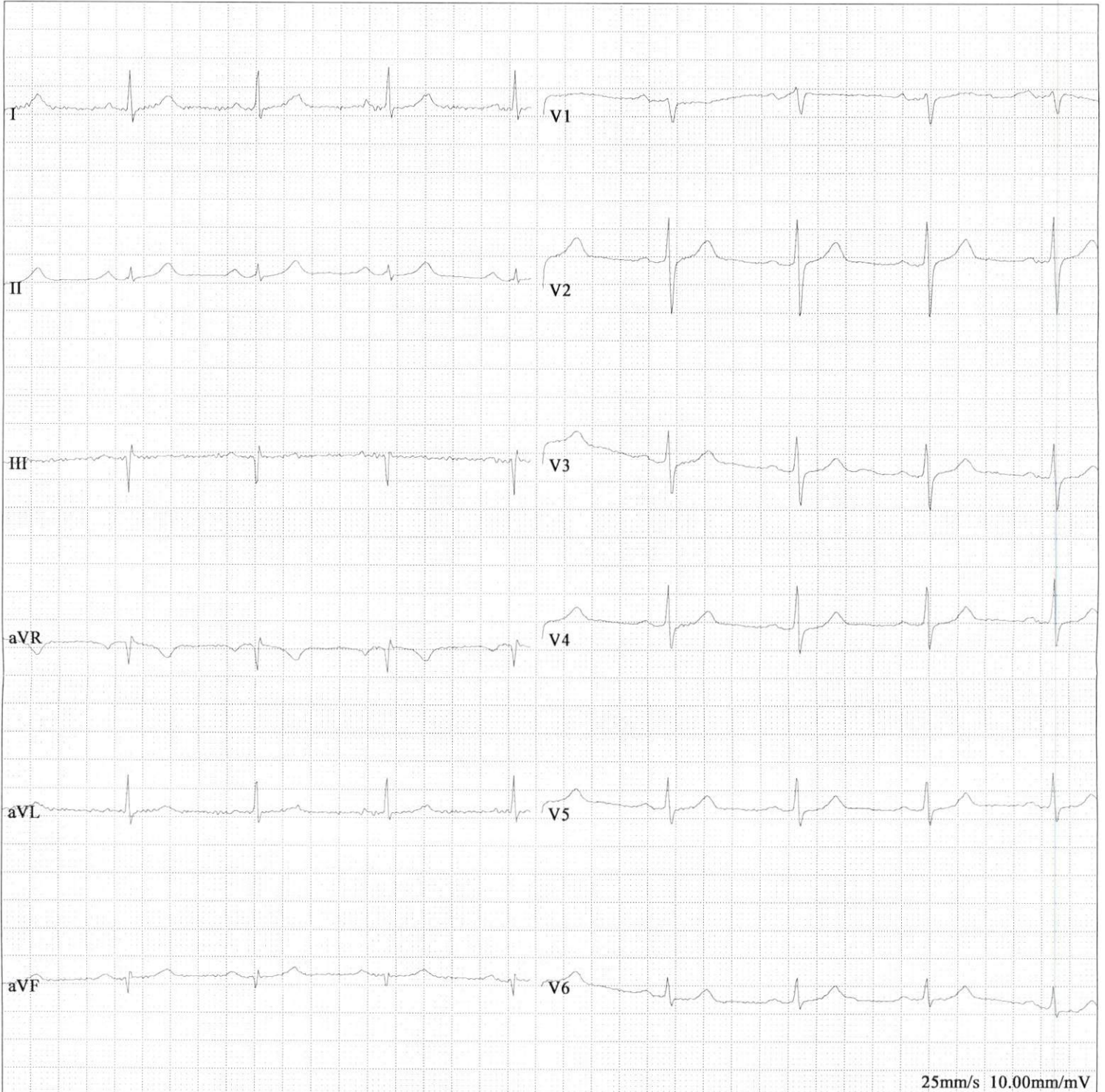
Section :

SN : 0011341

Case No. :

Bed No. : TO 101

Date : 10/09/2019 16:24:13



25mm/s 10.00mm/mV

Frequency:	1000Hz	PR Interval:	--	<p>Prompt:</p> <p>12/78 m/s</p>
Sample Time:	4s	QT Interval:	--	
HR:	81	QTc Interval:	--	
P Interval:	--	P Axis:	--	
QRS Interval:	--	QRS Axis:	--	
T Interval:	--	T Axis:	--	
				Physician Signature: