

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

Biologie 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.

Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

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 : N° S19-0018371

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 0750

Société :

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : M. IBRAHIMI M.

Date de naissance :

04-04-1944

Adresse : 47 HUSSEIN EL HAFOURI - 6 AVENUE

Tél. : 05 22 29 77 67

Total des frais engagés : 656,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/11/2018

Nom et prénom du malade : S. RABIA

Age :

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :



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 16/11/2018

Signature de l'adhérent(e) : flex



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16/11/95 | 14-GG | 100 | 300,00 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE ROUDA Mme LEBBAR Khadija EP MIKO 26, Bd Ibrahim Roudani Vieux M't Mokdad Tél : 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 24 | 16/11/95 | 356,80 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 | |
| | | | | | | |

RELEVE 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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des travaux |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | Coefficient des travaux |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le :

CASA , Le 16/11/2019

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V. : 35DH70

118001 081189

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH

118001 040759
TWYNSTA® 80 mg/5 mg
(Telmisartan/amlodipine)
28 comprimés
PPV: 267 DH 00
ISA 10/05/2018
118021 69238

Mme MOHAMED IBRAHIMI

54,10

1) CARDENSIEL 2.5 MG BT/ 30 CP

Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

2) KARDEGIC Poudre Pour Suspension Buvable Sachet à 160 mg Bte 30

Sachet

Prendre 1 sachet à midi, au cours du repas, pendant 3 mois

3) TWYNSTA 80/5 MG

1 le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

~~T = 356,80~~

~~Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies cardiovasculaires
98, Rue KADI IASS - MAARIF
Casablanca
Tél. : 0522 75 36 00~~

PHARMACE Roudan
Mme LEBBAR Khadija EP MIKOUL
26, Bd Brahim Roudani Vers Mly Youssef
Marrakech - Casablanca
Tél. : 0522 27 23 88 / 0522 27 12 24

IBRAHIMI MOHAMED

Né(e) le _____
Age _____
Sexe Masculin
Taille cm _____
Poids kg _____
Origine PA _____
Remarque _____

FC 70 /min

Intervalle

RR 862 ms
P 100 ms
PR 176 ms
QRS 74 ms
QT 366 ms
QTc 398 ms
(Bazett)

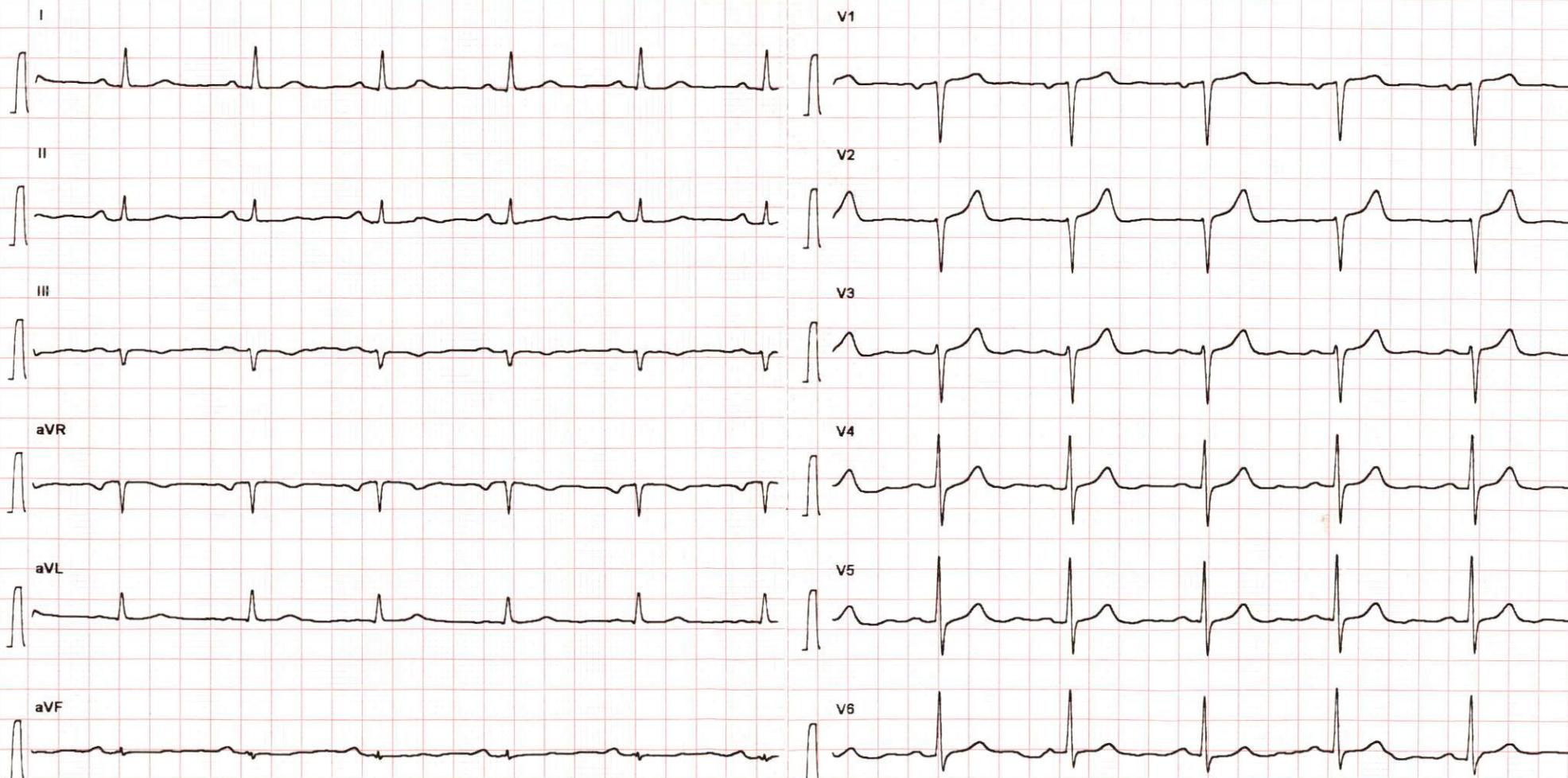
Axes

P 46 °
QRS -1 °
T 17 °

P (II) 0.13 mV
S (V1) -1.20 mV
R (V5) 1.32 mV
Sokol. 2.51 mV

Interprétation: RYTHME SINUSAL, POSITION GAUCHE, QRS(T) MODIFIÉE,
ANOMALIE EN ANTEROSEPT. POSSIBLE, ANOMALIE EN INFER. NE
PEUT ETRE EXCLU(E)

RI6.02 Rapport non confirmé



10 mm/mV 25 mm/s

10 mm/mV 25 mm/s