

# 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.

## 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.

## Educations :

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° P19-0016271

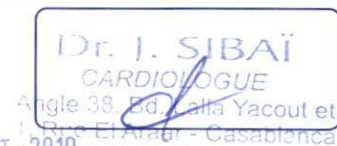
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1968 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité RAM  
Nom & Prénom : EZZAÏM MAFTANA Date de naissance : 22.08.51  
Adresse : 300 Bd. de Bordeaux  
Tél. : 05 22 22 56 67 Total des frais engagés : 316.00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03 OCT. 2019

Nom et prénom du malade : EZZAÏM MAFTANA Age : 69 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA chronique

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

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
OCT. 2019	C <sub>2</sub> + ECG		300 dhs	CARDIOLOGUE Angle 38. Bd. Zalla Yacout et 1, Rue El Araar - Casablanca Tél: 05 22 48 79 79 - 05 22 46 78 90

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Tamaarouft Dr. BENKIRANE Dounia 4, Rue Tamaarouft - Bourgogne Casa - Tél. : 05 22 26 56 16	03/10/2019	316,00
	092064559	

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

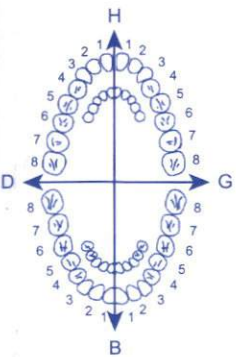
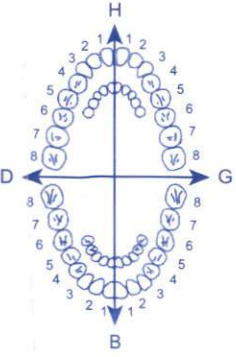
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 d

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>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>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

# Docteur Jamal SIBAI

CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Explorations cardio-vasculaires

(ECG, Holter, Epreuve d'Effort,

Echo Cardiographie et Doppler Couleur)

# الدكتور جمال السباعي

اختصاصي في أمراض القلب والشرابين

خريج كلية الطب بباريس

الفحص الآلي للقلب والشرابين

الرقم الوطني الاستدلالي : 091129718

Casablanca, le 03 OCT. 2019

M<sup>re</sup> EZZAIM MAFTAKA

REGIME SANS SEL

79,00 x 4

Total 316,00

صيدلية تاماروفت  
Pharmacie Tamaarouft  
Dr. BENKIRANE Dounia  
Rue Tamaarouft - Bourgogne  
Casa - Tél.: 05 22 26 56 16

TRAITEMENT DE 3 MOIS

ACARD® 50 mg  
comprimés (DCI) pelliculés  
28 comprimés pelliculés



6\*118000\*340669

LOT : 190478  
UT AV: 03/2021  
PPV: 79,00DH

ACARD® 50 mg  
comprimés (DCI) pelliculés  
28 comprimés pelliculés



6\*118000\*340669

LOT : 190478  
UT AV: 03/2021  
PPV: 79,00DH

LOT : 190478  
UT AV: 03/2021  
PPV: 79,00DH

ACARD® 50 mg  
comprimés (DCI) pelliculés  
28 comprimés pelliculés



6\*118000\*340669

LOT : 190478  
UT AV: 03/2021  
PPV: 79,00DH

ACARD® 50 mg  
comprimés (DCI) pelliculés  
28 comprimés pelliculés



6\*118000\*340669

1. زنفة العرعار (كي لوساك سيباي) و 30 قرص للا الباقوت - عمارة بمسي - الطابق الأول - الدار البيضاء 20090

Angle 1, Rue El Araar (ex.Gay Lussac) et 38, Bd. Lalla Yacout - Imm.BMCI - 1<sup>er</sup> Etage - Casablanca 20090

الهاتف : 05 22.48.79.79 / 05 22.48.78.90

لأخذ موعد اتصلوا ب : 06 22 180 812

Pour Prendre RDV appeler le : 06 22 180 812



10mm/mV 25mm/s



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR :	133 ms
Durée Echantillon :	7 s	Intervalle QT :	384 ms
FC :	90 bpm	Intervalle QTc :	470 ms
Durée P :	91 ms	Axe P :	68.2°
Durée QRS :	119 ms	Axe QRS :	63.8°
Durée T :	235 ms	Axe T :	23.0°

Suggestion :

Dr. J. SIBAI  
CARDIOLOGUE  
Angle 38. Bd. Laila Yacout et  
1, Rue El Araa - Casablanca  
Tél.: 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90

Signature Médecin:

Filtre Principal:On Filtre ADS:On