

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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- 0034559

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1625 Société : RAM A49163

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MIKOU Abdelilah

Date de naissance : 01/01/47 à Rabat

Adresse : 52, Bd Abdelhadi Boutaleb

Résidence : SAPHIRA, CASABLANCA

Tél. : 0642778402 Total des frais engagés : 4140 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/01/2023

Nom et prénom du malade : Mikou Abdelilah Age :

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

Nature de la maladie : Cardiopathie chronique

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 : CASABLANCA Le : 12/02/2023

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
16-01-23		CS 300DH		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

16/01/23

3840,00

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

AM

PC

IM

IV

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 :

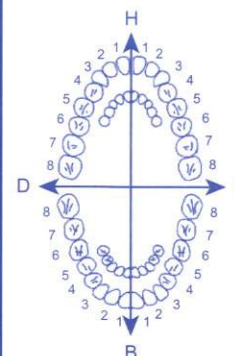
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]

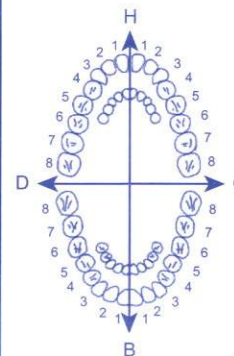
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



Diplômée de la faculté de Lyon

Ex Assistante attachée de l'hôpital cardiologique de Lyon- Ex chef de service de cardiologie à la CNSS

Membre de la société française de cardiologie

Échodoppler cardiaque et vasculaire - Epreuve d'effort - Holter rythmique et tensionnel

Casablanca le : 16/01/2023

M^r **Nikou Abdelilah**.

3840,00

810,00

1/ Upero 200

1cp x 2

2/ Detensiel ou Cardesiel

1cp

3/ (The 620/3) Xarelto

3 fois 202

4/ 160/100 Lasilix 40

202

5/ 5980 18570 202

6/ Crestor 10

7/ 77,40 203 my retin

7/ Tegretol 200

1cp x 2

UPERIO® 200 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 56.
PPV : 810 DH

UPERIO® 200 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 56.
PPV : 810 DH

118001 031733

6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV : 58,10 DH

Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV : 58,10 DH

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A

6 118001 090808

P.P.V : 56,80 DH

6 118001 170029

Maphar
Bd Akimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pel b30
P.P.V : 185,70 DH

6 118001 183111

Crestor 10mg cp pel b30
P.P.V : 185,70 DH

6 118001 183111

230, شارع إبراهيم روداني طريق الجديدة - المعاريف - الدار البيضاء

230, Boulevard Brahimi Roudani Ex Route d'El jadida, Maarif - Casablanca

Tél.: 05 22 25 21 81

almozor
up

Dr ZOHED Farima
Cardiologue
250, rue Dr. Roudani
MCH - Casablanca

182

Mikou, Abdelillah
ID:
D-naiss
ans,

16-Jan-2023 17:25:35

Fréq. Card.	71	BPM
Int PR	*	ms
Dur. QRS	178	ms
QT/QTc	427/449	ms
Axes P-R-T	* 233	89

