

**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

- 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'Horlor
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

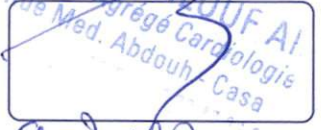
M22- 0025646

- Maladie Dentaire Optique Autres A 39677

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3128 Société : PAM
 Actif Pensionné(e) Autre : Ret
 Nom & Prénom : NASMAOUI FATIMA
 Date de naissance : 28.08.60
 Adresse : Ce-Soi
 Tél. : 0668 469996 Total des frais engagés : 300,687,60 Dhs

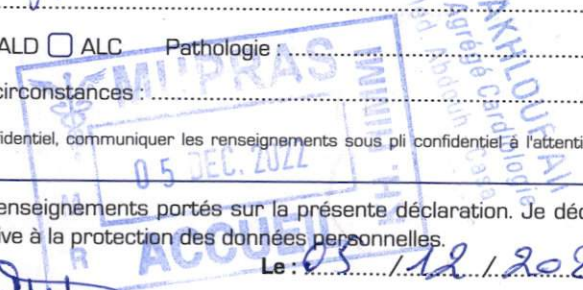
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 27.09.22
 Nom et prénom du malade : ne NASMAOUI Fatima Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : H-T-A
 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 : Le : 05/12/2022
 Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° AA-215 / 2019



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
27.09.2012		3	300,00	<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	28/09/12	68,60

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 canalaires, 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EL Makhlouf Ali

Professeur Agrégé

Maladies du Cœur et des Vaisseaux

Echo - Doppler / Holter Tensionnel

Holter E.C.G.

الدكتور المخولف علي

أستاذ مبرز

أمراض القلب و الشرايين

Casablanca, le 27/9/14 في الدار البيضاء

Mrs. HASSAN Fatima

1. Abdou



1/2 1/2
117,60

(58,8 x 2)



(24,6 x 3)



1/2 103,8

(24,7 x 3)



1/2 83,6

(24,7 x 3) 4.



1/2 383,10

14/

1/2 2/3

1/2 2/3

R 3 mm

PHARMACIE PRINCIPALE
Mohamed Saïd LEBBAR
Pharmacien

Rond Point Mers Sultan 20080 Casablanca
Tél : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149884
CNSS: 1187641 - IF: 5006302 - Patente IP: 34306256
ICE N° : 001897771000045
INPE : 092049261

Dr EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Mohamed Abdou - Casa
Tél: 05 22 22 11 10 - Fax: 05 22 47 26 89

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al souam rochas
noires casablanca
ATACAND
8 mg Cpr séc
Bte de 30
139/16 DMP/21NRQ P.P.V: 127,70 DH
6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al souam rochas
noires casablanca
ATACAND
8 mg Cpr séc
Bte de 30
139/16 DMP/21NRQ P.P.V: 127,70 DH
6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al souam rochas
noires casablanca
ATACAND
8 mg Cpr séc
Bte de 30
139/16 DMP/21NRQ P.P.V: 127,70 DH
6 118001 020539

ALDACTONE 50MG 20 CPS
P.P.V : 58DH80
6 118001 170029
Laboratoires
Pfizer S.A.

ALDACTONE 50MG 20CPS
P.P.V : 58DH80
6 118001 170029
Laboratoires
Pfizer S.A.

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468
LOT : ZZE004
PER : 01 2026

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468
LOT : ZZE007
PER : 04 2026

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468
LOT : ZZE007
PER : 04 2026

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Données examen

QRS (ms)	92
P (ms)	113
PQ (ms)	141
QT (ms)	359
QTc B. (ms)	456 (116%)
QTc disp. (ms)	29
Axe QRS	-13°
FC	97
RR moy (ms)	619

Rapport non confirmé

rythme sinusal-cardiaque normal avec arythmie sinus
type gauche
Rallongement QT

MME HASNAOUI FATIMA

N° patient
Date de naissance 28.08.1960 (62 Y.)
Sexe Unknown

ECG de repos Évaluation du Tu 27.09.2022 15:59

TA. 121/79
84kg

ECG analysé FC: 97

(25 mm/s 10 mm/mV 0.05Hz - 125Hz / 50Hz true wave®)

