

**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 canaux, 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 canaux.

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° W19-444289

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7756 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : KOURD ABDELGHANI 83244

Date de naissance : 12.10.1960

Adresse : BS. EL MANSOUR IMM 10 Appt 6 HAY SALAM BC GHANDI CAS

Tél. : 0619205760 Total des frais engagés : 1899,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. ALAMI Mohamed
Professeur en Cardiologie
284 Bd Ghandi - Casablanca
Tél : 05 22 39 01 12 / 06 61 15 76 56

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08 NOV 2023

Nom et prénom du malade : KOURD ABDELGHANI Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA - Angor

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 : Casa Le : 08 / 11 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLETS ADHERENT

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
05/11/23	Consultation	3	00	INP : <input type="text" value="91005520"/> Dr. ALAMI Mohamed Professeur en Cardiologie 264 Bd Ghandi - Casablanca Tél: 05 22 39.01.12 / 05 21 15 78 48

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/11/23	1599,40 DH

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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



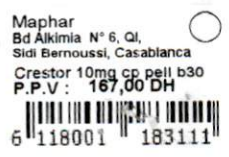
Dr Alami Mohamed
 Professeur en Cardiologie
 264 Bd Ghandi.
 Residence Jawhara
 Casablanca 20200



LOT 230424
 EXP 03/2026
 PPV .49.40DH

49,40

ORDONNANCE

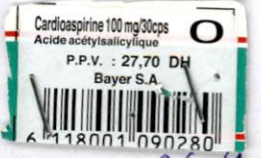


08/11/2023

KOURD ABDELGHANI

LOT 230424
 EXP 03/2026
 PPV 49.40DH

LOT 230424
 EXP 03/2026
 PPV 49.40DH



185,20 x 4

SULIAT 160/10/25

1cp /J



76,90

CARDENSIEL 10

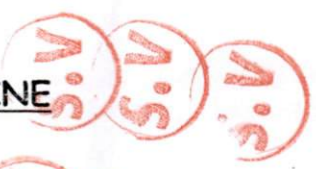
1/2cp /J



27,70 x 3

CARDIOASPIRINE

1cp /J



49,40 x 4

AMEP 5

1cp /J



167,00 x 3

CRESTOR 10

1cp /J



Handwritten signature

Dr. ALAMI Mohamed
 Professeur en Cardiologie
 264 Bd Ghandi - Casablanca
 Tél: 05 22 39 01 12 / 06 61 15 78 06

185,20
 185,20
 185,20
 185,20

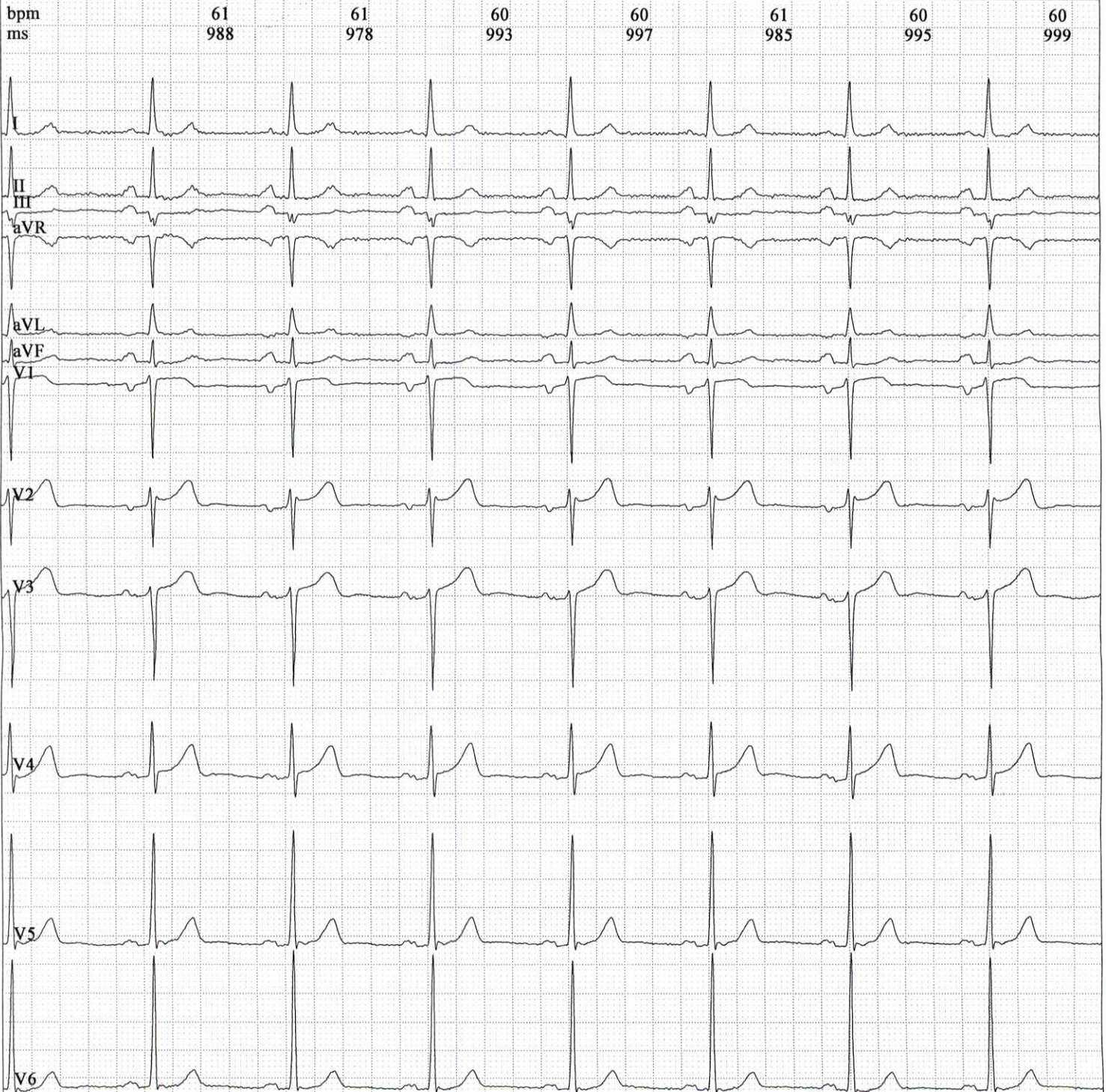
T = 1599,40

صيدلية حي الونام
 PHARMACIE HAY EL WIAM
 252 BD OUED SEBOU OULFA
 CASA - Tél 05 22 91 17 31
 INPE 092030949

Pr ALAMI Mohamed (S1)

ECG

Nom : KOURD ABDEI Sex : Male Age : 63Y Clinique N : Section :
 SN : 0017190 Case No. : Lit No. : Date : 08/11/2023 10:18:0



00:00 AC IIR 50Hz/DFT/EMG 25mm/s 10mm/mV

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	177 ms
Temps d'écha	11s	QT Interval:	398 ms
HR:	61bpm	QTc Interval:	400 ms
P Interval:	96ms	P Axis:	73.60°b
QRS Interval:	82 ms	QRS Axis:	12.50°b
T Interval:	199 ms	T Axis:	35.30°b

Prompt:

Dr. ALAMI Mohamed
 Professeur en Cardiologie
 264 Bd Ghandi - Casablanca
 Tél : 05 22 39.01 12 / 06 61 15 78 96

Signature Medecin :