

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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

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° P19-0048174

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3166 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABRAHIMI ABDellatif

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662563042 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : 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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				Coefficient des travaux
				Montant des soins
				Date du devis
				Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux
	H 25533412 21433552 00000000 00000000	
	D G 00000000 00000000 35533411 11433553	
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	

Visa et cachet du praticien attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution
---	--

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 14/0019172		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 14/ 19172

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	
Nom & Prénom IBRAHIMI Abdelatif			
Fonction Retraité	Phones 0662563042		
Mail 3166	FES		
MEDECIN	Prénom du patient M^r Ibrahim		ABDELATIF
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 1946
Nature de la maladie cardiopathie hypertensive		Date 04/10/2019	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes C2 + ERG	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires 200 + 100 = 300	
Dr. BENNANI Chakib CARDIOLOGUE Résidence Tiemah - FES C. 0535 65 40 52 - P. 0535 60 04 73 P. 06 61 13 75 56			
PHARMACIE	Date 04/10/19		
Montant de la facture 7380		INPE 142028265	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

بسم الله الرحمن الرحيم

Dr. BENNANI Chakib

Cardiologue

Spécialiste des Maladies du coeur
et des vaisseaux

Diplômé de la faculté de Médecine
de Rennes - France

Diplômé de la Médecine d'urgence
à Brest - France

Ancien Assistant des hôpitaux
de France (Lorient)

Echographie et doppler cardiaque

Holter cardiaque et tensionnel - Pace - Makers



الدكتور بناني لشكيب

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بـرين (فرنسا)

شهادة الطب الاستعجالي بـرست (فرنسا)

طبيب مساعد سابقا بمستشفيات فرنسا

الفحص بالإكوغرافيا والدوبلر

ضبط النبضات القلبية والضغط الدموي

FES, le : 04/10/2019 فاس، في :

MR Ibrahim Abdellatif

(M6, 2+3)

Avec plus 5/10 - 1/8

PHARMACIE FARAH
Bd. Med V Résidence Tlemçani - FES
EL ARSA - FES - TEL : 05 35 60 0514

03 de 11

238

Dr. BENNANI Chakib
CARDIOLOGUE

Bd. Med V Résidence Tlemçani - FES

C. 0535 65 40 52 - P. 0535 60 04 73

P. 06 61 13 73 56

RDV Souhaitable.

Ramener vos médicaments lors des visites ultérieures

Bd. Med. V, Résidence Tlemçani
(Imb Nouv. Mag AU DERBY) Fès

Cabinet : 0535.65.40.52
Domicile : 0535.60.04.73
Mobil : 0661.13.73.56

E-mail : bennanich.cardiofes@hotmail.fr

Id.Fiscale : 15501585

شارع محمد الخامس، إقامة التلمساني
المركز الجديد: أودري - فاس

Patente : 13202434

C.N.S.S : 8502850

AMLOR PLUS® 5mg/10mg 30 comprimés
P.P.V: 246DH00



PAA050987

ملور[®] بلس
5 مجم / 10 مجم
30 قرص مغلف

AMLOR PLUS® 5mg/10mg 30 comprimés
P.P.V: 246DH00



PAA050987

املور[®] بلس
5 مجم / 10 مجم
30 قرص مغلف

Ne pas utilisé c'est ouvert

PPV

246

EXP:

08/2021

LOT:

AP4657

Amlor[®] Plus

Amlodipine/Atorvastatine

5_{mg}/10_{mg}

30 Comprimés pelliculés

patient

nom: Mr Ibrahim
prénom: Abdellatif
poids: 86kg
tension artér: 141/77

mesure

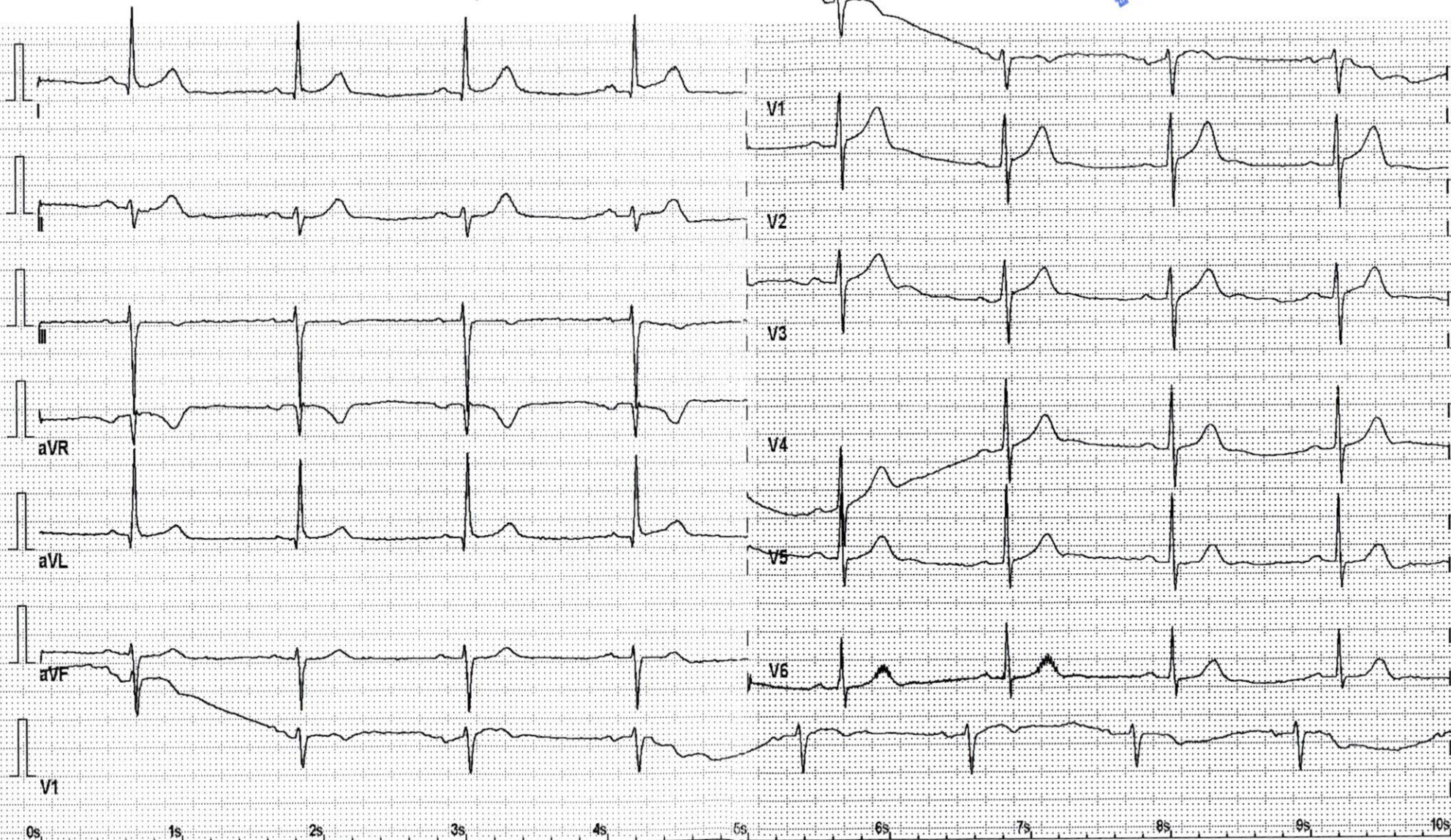
RR: 1178 ms
QRS: 94 ms
QT/QTc: 420/387 ms
P/PQ(PR): 104/182 ms
P/QRS/T: 30°/1-34°/17°

interprétation

(rapport non confirmé)

RYTHME SINUSAL
DEVIATION AXE GAUCHE MARQUE
ECG ANORMAL

Dr. BENNANI Chahib
CARDIOLOGUE
Bd. Médi V Résidence - Hammam FES
C. 0535 65 40 52 P. 0535 60 04 73



*profile 25 mm/s 10/10 mm/mV synchro FC = 51
0.07-80Hz adapt médecin

B T L

Prague interpretation
BTL-08 MT+ 08MT-0734174