

## 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.

#### Educational :

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.

#### Prothèse :

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

Information : contact@mupras.com  
Personne 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.

Adresse : 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° P19-0037978

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1954 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : LAMRANI OMAR

Date de naissance : 06.07.1957

Adresse : 57 RUE PERONNE APT 7 BELVEDERE

Tél. : 06 81 80 72 27 Total des frais engagés : 938,80 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 : CASABLANCA Le : 28/02/2020

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

25/12/2020 938,80

## 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 :

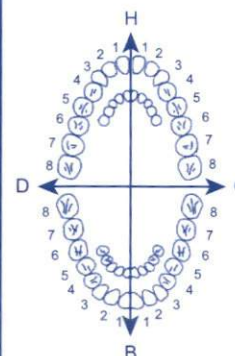
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

## 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

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

☒ **valable 3 mois**

122 NOV 2019

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

**Dr Saad SOULAMI**  
PROFESSEUR DE CARDIOLOGIE  
356 Rue Mustafa El Maani  
Tél: 0522-22-78-14 / 0522-22-78-15  
Fax: 0522-22-78-18



PHARMACIE AL MASSIRA  
BENMOUSSA L OUAFAE  
51 RUE RAHAL BEN AHMED EX RUE DINAND

Tél : 0522248054

Patente N°: 31202044  
N° R.C. : 191902  
Compte :  
CNSS : 1753377  
Id.Fiscale : 46204130  
ICE : 001642356000035

Le : 25/02/2020

MR LAMRANI OMAR

FACTURE : 6718 du : 25/02/2020

Qte	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	AMLOR 5 MG 28 CP	89,20	89,20	0,00%
1	AMLOR 5 MG X56 CPMES	136,60	136,60	0,00%
5	ASPEGIC 100 MG SACHETS	21,80	109,00	7,00%
4	CIVASTINE 10 MG X 28CPMES	70,00	280,00	0,00%
4	TANZAAR 50 MG 28 CPS	81,00	324,00	0,00%

Total TTC 938.80  
Droits de timbre 0.00  
Net à payer 938.80

Arrêtée la présente facture à la somme de : NEUF CENT TRENTE HUIT DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar92	0,00	829,80	0,00	829,80
7.00%	7,00	101,87	7,13	109,00
		931,67	7,13	938,80



70,00

PPV 70DH00  
PER 04/21  
LOT 11042

70,00

PPV 70DH00  
PER 04/21  
LOT 11042

70,00

PPV 70DH00  
PER 04/21  
LOT 11042

70,00

PPV 70DH00  
PER 04/21  
LOT 11042

81,00

Lot n° :  
EXP :  
PPV :

81,00

Lot n° :  
EXP :  
PPV :

81,00

Lot n° :  
EXP :  
PPV :

81,00

TANZAAR  
Losatan polarsique

AMLO 5mg  
56 COMPRIMES  
118000250012

UT.AV : 07 2022 P.P.V.  
LOT N° : 1278873

136,60

09366130/3

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
LOT : 19E004  
PER : 06 2021  
118000061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
LOT : 19E004  
PER : 06 2021  
118000061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
LOT : 19E003  
PER : 03 2021  
118000061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
LOT : 19E003  
PER : 03 2021  
118000061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
LOT : 19E003  
PER : 03 2021  
118000061113

UT.AV : 04 2022 P.P.V.  
LOT N° : 1278873

89,20

09366067/7

**Docteur Saad SOULAMI**  
Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Echo Doppler Couleur - Holter



**الدكتور سعد السلمي**  
أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية  
خريج كلية الطب بباريس  
فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

Patient : LANHANI

Casablanca, le **12 2 NOV 2019**

OMAR

Traitement de :  
Trois (03) Mois

81.50 x 4  
21

TAN 8.2 AAR 50

89.50

136.50

Traitement de :  
Trois (03) Mois

1 4 lab  
AMU 6 R 50

21.80 x 4

Traitement de :  
Trois (03) Mois

1 4 lab  
1 4 lab  
1 4 lab

Traitement de :  
Trois (03) Mois

**PHARMACIE ALMASSARA**  
BENMOUSSA Oufaa  
Distributeur en Pharmacie  
84 Rue Rajai Ben Ahmed  
Tél : 0522 24 80 84 - Fax : 0522 24 85 44  
GSM : 06 89 51 62 81

**Dr Saad SOULAMI**  
PROFESSEUR DE CARDIOLOGIE  
356 Rue Mustafa El Maâni  
Tél : 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax : 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

356 Rue Mustafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - E-mail : cabinet.soulami@gmail.com  
CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

PPV 700H00  
PER 11/20  
LOT H2395

56

Adv  
EXP  
Lot n°



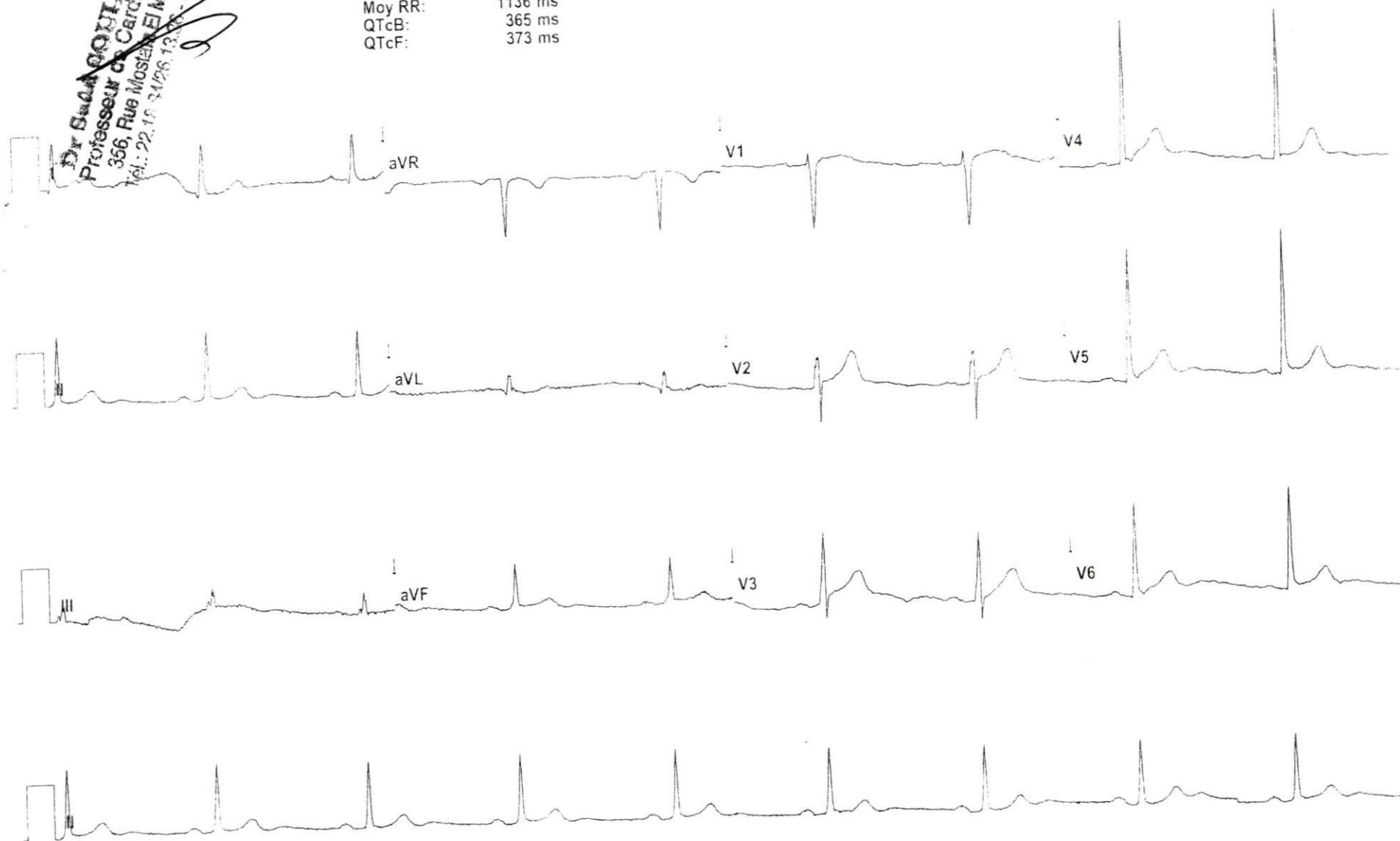
Last: LAMRANI  
First: OMAR  
ID:  
DOB:  
Age: 0ans  
Sex:

22-Nov-2019 11:36:59

Fréq.Card: 52 BPM  
Int PR: 188 ms  
Dur.QRS: 80 ms  
QT/QTc: 390 / 371 ms  
Axes P-R-T: 55 48 50  
Moy RR: 1136 ms  
QTcB: 365 ms  
QTcF: 373 ms

BRADYCARDIE SINUSALE  
TRACE EN FAVEUR D'HVG DEVANT [UN DES CRITERES SUIVANTS: GRANDE ONDE R EN AVL OU V5,  
GRANDE ONDE S EN V1, GRANDE ONDE R EN V5/V6 ET GRANDE ONDE S EN V1]  
ECG ANORMAL  
ATTENTION: LA QUALITE DES DONNEES PEUT INFLUENCER L'INTERPRETATION

Non confirmé



Site Zero

Site # 0 App.# 0 ELI Link 4.11.6.0 Séquence # 23793 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz