

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° P19- 0041664

N.D. 35408

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04953 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHELIQ HOUSSINE

Date de naissance : 01.01.1967

Adresse : RES CHARRAS ZONE D Imm 9 Apt 11

AIN SEGA CASAB

Tél. : 0661302886 Total des frais engagés : 1694,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/07/2020

Nom et prénom du malade : BOUCAS DI CHELIQ HASSA Age : 59 ans

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

Nature de la maladie : HTA

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 : CASAB Le : 20/07/2020

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
26/07/20	CSECS		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/07/20	1444,00

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				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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

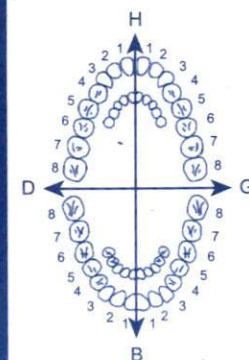
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
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

عيادة أمراض القلب و الشرايين

Cabinet de Consultations et d'explorations Cardio-Vasculaires

Consultation sur Rendez-vous

Dr. Karim CHERKAoui
CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de médecine
PARIS V et VI
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Cardiologue à la C.N.S.S.



الدكتور كريم الشراوي

اختصاصي في أمراض القلب

خريج جامعة الطب باريس V و IV

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

طبيب سابقاً بمصحة الضمان الاجتماعي

ORDONNANCE

Casablanca, le

2/07/2020

الدار البيضاء

Bougayoli et Chellag Hafid-

362,00 ML

1) ~~Sulstat~~ Exforge 160/5/12.5 / 3mn

1 cp / j

1444,00



6118001030989

EXFORGE HCT

5mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV: 367,00 DH



6118001030989

EXFORGE HCT

5mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV: 367,00 DH



6118001030989

EXFORGE HCT

5mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV: 367,00 DH



6118001030989

EXFORGE HCT

5mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV: 367,00 DH

ممارسة ب III ب. الطابق الثاني رقم 3. عين السبع - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 34 27 08 - الفاكس : 05 22 34 27 09

Boulevard Mohamed Eddourra, Résidence El Hamd Imm BR III B, 2^{ème} Etage N° 3 - Ain Sebaâ - Casablanca Tél : 0

URGENCES

0660.79.81.90

الإستعجلات

ECG

Dr Karim CHERKAOU

NOM:BOUGAJDI HAFIDA ID : Sexe :Femme Age : Date :20-7-2020

10mm/mV 25mm/s



Fréquence : 1000 Hz Intervalle PR : 134 ms

Durée Echantillon 10 s Intervalle QT : 396 ms

FC : 89 bpm Intervalle QTc : 482 ms

Durée P : 97 ms Axe P : 172.3°

Durée QRS : 122 ms Axe QRS : -171.8°

Durée T : 244 ms Axe T : 145.9°

Suggestion :

Signature Médecin:

Filtre Principal:On Filtre ADS:On