

**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.

**Éducation :**  
 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

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° P19-0036251

Maladie  Dentaire  Optique **52523**  Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **464** Société : **Roa -**

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : **DEHANI FATIMA**

Date de naissance : **1943**

Adresse : **22 Rue Dunkerque - Casablanca**  
**APT 20**

Tél. **0669794500** Total des frais engagés : **300,00** Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : **16 Dec 2020**

Nom et prénom du malade : **DEHANI FATIMA** Age : **1943**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Covid positif**

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) : .....

**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
16 Dec 2020	CS + ECG		300,00	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

**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 :**

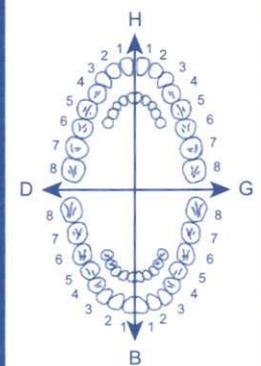
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	



**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

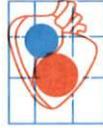
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelmoujib DOUIEB

CARDIOLOGUE

Diplômé de l'Université de LYON (FRANCE)  
Diplômé en Echographie et Doppler Cardiaque  
Ancien Médecin au CHU de LAUSANNE (SUISSE)  
Membre de la Société Française de Cardiologie



الدكتور عبد المجيب الذويب

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

خريج كلية الطب بليون (فرنسا)

دبلوم فحص القلب بالصدى

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بلوزان (سويسرا)

عضو بالجمعية الفرنسية لأمراض القلب

Casablanca, le 17/12/2020

Deliloui Fatma  
Cher Amel,  
Kilau Cartholo. Normal  
se (M)  
QT Normal  
Bonne a toi

Docteur Abdelmoujib DOUIEB  
94, Rue El Araâr (Ex. Gay Lussac)  
Mers Sultan - Casablanca 01  
Tél. : 022.48.37.91 - GSM: 061.15.62.45

**Docteur BELHOSSINE DRISSI Mohammed**  
**PNEUMO-ALLERGOLOGUE**

Diplômé de l'Université de GRENOBLE

Spécialiste des Maladies Respiratoires  
Asthme - Tuberculose - Allergies Respiratoires  
Spirométrie - Bronchoscopie  
Pathologie du Sommeil - Ronflement  
Sevrage Tabagique

59, Bd. RAHAL EL MESKINI - CASABLANCA  
Tél.C : 05 22 44 83 70  
05 22 44 83 71  
GSM : 06 61 15 68 72

**الدكتور بلحسين إدريسي محمد**  
**خريج جامعة كرونوبل بفرنسا**

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي  
أمراض الرئة - الضيقة - داء السل  
أمراض الحساسية - أمراض الشخير

59. شارع رجال المسكيني - الدار البيضاء  
الهاتف ع : 05 22 44 83 70  
05 22 44 83 71  
الهاتف م : 06 61 15 68 72

Casablanca, le : 16.12.20 : الدار البيضاء. في :

Cher Ami,  
J'ai vu votre carte de chef  
Dr. Belhossine Drissi Fehring  
Sans avoir particulièrement et  
lorsque je vois ce jour par  
un ami qui m'a dit que  
j'attends le feu -  
Des de 26 Respi - Schueller  
SMT 97% AA -  
Le bilan retrouve des anomalies  
2335. J'ai vu le bilan Amaly

Dr. BELHOSSINE DRISSI Mohammed  
59 Bd. RAHAL EL MESKINI - Casablanca  
Tél.C : 05 22 44 83 70  
05 22 44 83 71  
GSM : 06 61 15 68 72  
@mail.com

25 Je vais pas parler  
de thromboprophylaxie  
en attendant la Sala  
Cardio



Dr. BELHOUSSE DRISSI Mohamed  
Pneumologue - Allergologue  
59, Bd Rabah el Medjahid Casablanca  
Tél: 0522 44 85 70 - 0522 44 83 71  
belhoussinedrissi@gmail.com

# ECG

Cabinet d'explorations cardio-vasculaires Docteur Abdelmoujib DOUIEB

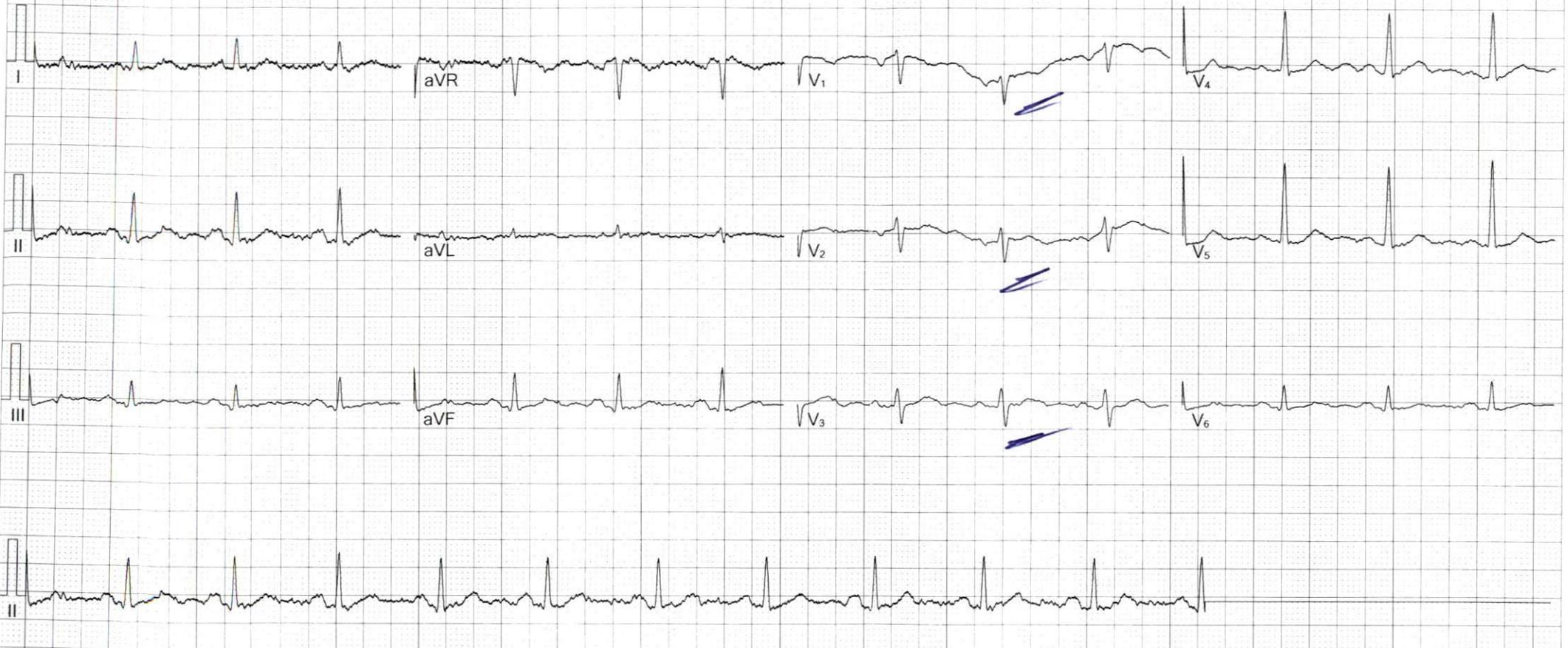
94 Rue Al Araar Rondpoint Mersultan - Casablanca - Tél : 0522483791 - 0522486358

NOM:DEHHANI FATIMA ID : Sexe : Age : Date Test :16-12-2020 17:00

Médecin Référent:Docteur Abdelmoujib DOUIEB

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	384 ms
Durée Ech.:	8 s	Intervalle QTc :	437 ms
FC :	78 bpm	Axe P :	91.3°
Durée P :	174 ms	Axe QRS :	47.0°
Durée QRS :	91 ms	Axe T :	51.7°
Durée T :	263 ms	RV5/SV1:	1.43/0.46mV
Interval.PQ :	207 ms	RV5+SV1:	1.89mV

Suggestion :

Docteur Abdelmoujib DOUIEB  
CARDIOLOGUE  
94 Rue Al Araar (ex. Bay Lutsac)  
Mers Sultan - Casablanca 04  
Tél: 022 48 37 91 - GSM: 061 15 15 45

Signature Médecin: