

## 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 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

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](http://www.mupras.com)

## Déclaration de Maladie

N° W21-720660



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <b>1964</b>	Société : <b>RAM</b>	<input type="checkbox"/> Autres <b>M36213</b>
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <b>NA21Hi</b>	<input type="checkbox"/> Autre <b>Abdelaziz</b>
Nom & Prénom : <b>24.01.56</b>		
Date de naissance : <b>coop EL Fida 1 IM 3 AP 8 CASA</b>		
Adresse : <b>0649122778</b> Total des frais engagés : <b>Dhs</b>		
Tél. : <b>26 103 1202</b>		

Autorisation CNDP n° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :		
Date de consultation :	<b>26 103 1202</b>		
Nom et prénom du malade :	<b>Nazli Abdelaziz</b>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>anévrysme sur l'art.</b>		
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** Signature de l'adhérent(e) : **Le : / /**



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/09/2022	Consultation	3000	3000	INP : 25533412 Signature : Dr. My Ahmed

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Radia	26/09/2022	769.70 DH
Docteur en Pharmacie	26/09/2022	113.20

### ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B B	Coefficient des travaux <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel: Therapeutique nécessaire à la profession			
				Montants des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

## Centre de Cardiologie Adulte - Enfant

ôme de la Faculté de Médecine de Casablanca  
ien praticien du CHU de La Timone - Marseille  
plôme de cardiologie congénitale et pédiatrique de  
Faculté de Marseille  
iplôme d'Echocardiographie Adulte de la Faculté de  
Bordeaux - Segalene  
Membre de l'European Association of Cardiovascular Imaging  
Diplôme d'ETO Echocardiographie trans-oesophagienne -  
American Society of Echocardiography

عيادة طب القلب الكبار - الأطفال

- دبلوم كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيب سابق بمستشفى مرسيليا - فرنسا
- دبلوم في أمراض القلب الخلقية وطب الأطفال - كلية مرسيليا
- دبلوم فحص القلب بالصدى بيوردو - فرنسا
- دبلوم طب قلب الأطفال بمرسيليا
- عضو الجمعية الأمريكية لتصوير القلب والأوعية الدموية
- دبلوم صدى القلب الداخلي - الجمعية الأمريكية لخطيط صدى القلب

26 septembre 2022

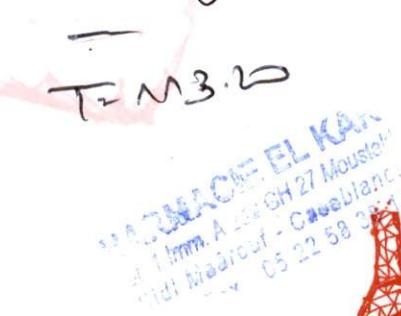
Mr. NAZIHI ABDELAZIZ

1/ TAHOR 40 MG 1/2 cp le soir 03 mois2/ TRITAZIDE 10/12.5 MG 1/2 cp le matin 1/2 soir - 03 mois3/ CO PLAVIX  
1cp par jour le MIDI 03 MOIS4/ STILNOX 10 MG 1/2 cp avant de dormir 20 min ou zolpidox 10mg5/ CURARTI FORTE 1CPX2/JOUR 15 jours puis 1 cp par jour6/ INEXIUM 40 MG  
1 CP LE MATIN 03 MOIS7/ AMEP 5 MG  
1CP APRES MIDI 03 MOIS  
VOIR GASTROLOGUE

Total 769.70 DH

07/11/2022

T.M.3.0



184، زاوية شارع 2 مارس و شارع الفداء، إقامة LA PERLA ، الطابق 3، رقم 13.  
184, Angle BD 2 Mars et BD El Fida, Résidence La Perla.  
3ème étage N°13 - Casablanca.  
Tel : +212 5.22.82.02.20 - jarmounyoussef@gmail.com

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH

6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH

6 118001 082018

SYNTHEMEDIC  
22 rue soubeir bnoi al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
40 mg  
Boîte 14  
641750MP/21NRQ P.P.V : 123,60 DH  
6 118001 020607

LOT : 21E007  
PER : 09/2025  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60  
6 118000 061465

LOT : 21E007  
PER : 09/2025  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60  
6 118000 061465

LOT : 22E001  
PER : 01/2026  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60  
6 118000 061465

AMEP® 5mg  
28 comprimés

6 118000 081524

49,40