

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 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0022800

137390

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R 2146 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSANE LAHOUCHE

Date de naissance : 01/01/1942

Adresse : 1037, BELBAKARI AHOUDIAT

Marrakech

Tél. : 0814759143 Total des frais engagés : — Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Amina EL KHADIRI
CARDIOLOGUE
Angle Bd. My Abdellah Av. 11 Janvier Imi.
Aswak Salam Bab Doukkala N° 7 - Marrakech
Tél : 05 24 42 06 60 - GSM : 06 61 21 80 84

Cachet du médecin :

Date de consultation : 7/9/2022

Nom et prénom du malade : Moussane Lahouche Age : 1962

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

Nature de la maladie : HTA + Affection longue durée

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Marrakech Le : 7/9/2022

Signature de l'adhérent(e) : Moussane Lahouche

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 7.9.2022 | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|-----------|-----------------------|
| PHARMACIE BELBAKKAR Dr. Amal BEN ZAOUJA KABBAG Docteur en Pharmacie Hay BELBAKKAR 40070 MARRAKECH Tél : 05 24 31 47 94 | 7/09/2022 | 158,00 |

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 |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 l'ODF.

| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 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 L'EXECUTION

lahoussine

noujjane

..... M / F

Age:

..... cm / kg

FC: 53/min

Intervalles:

RR 1134 ms

P 110 ms

PQ 168 ms

QRS 124 ms

QT 464 ms

QTC 438 ms

Axes:

P 54 °

QRS 55 °

T 40 °

P (II) 0.09 mV

S (V1) -0.39 mV

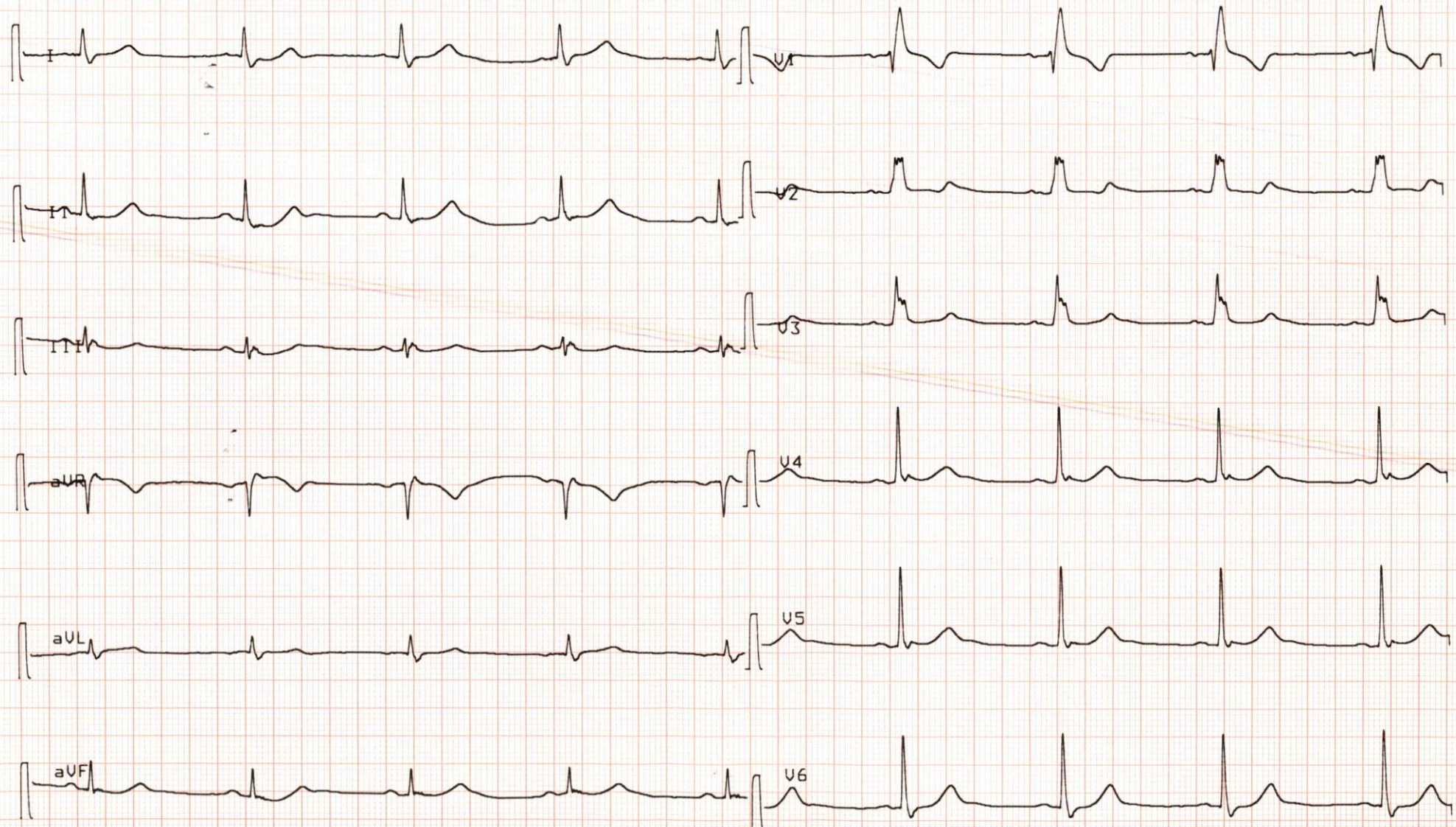
R (V5) 1.58 mV

Sokol. 1.97 mV

10 mm/mV

10 mm/mV

Prochordale
ABASG
+ BBDC.



25 mm/s

0.05-35Hz F50 55F 5BS

Me 07-SEP-22 10:55:23

Dr EL KHADIRI AMINA

AT-102 1.37 Mm

SCHILLER SWITZERLAND Art. No. 2.157 050

CE0044

LOT D 725

Dr. Amina EL KHADIRI.
Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux.
Enfants et adultes.

Facture : 021816/2022

INPE : 101100071

Nom : MOUJJANE

Prénom : Lahoussine

Je soussignée,

Dr. Amina EL KHADIRI
CARDIOLOGUE
Enfants & Adultes
Angle Bd. My Abdellah Av. 11 Janvier Im.
Aswak Salam Bab Doukkala N° 7 - Marrakech
Tél : 05 24 42 06 60 - GSM : 06 61 21 80 84

Certifie avoir reçu 250 ,00Dh pour un ECG réalisée le : 07 /09/2022

Dr. Amina EL KHADIRI
CARDIOLOGUE
Enfants & Adultes
Angle Bd. My Abdellah Av. 11 Janvier Im.
Aswak Salam Bab Doukkala N° 7 - Marrakech
Tél : 05 24 42 06 60 - GSM : 06 61 21 80 84

| Quantité | Désignation | P. Unit. | P. Total |
|----------|-------------------|----------|---------------|
| 6 | Edox GC 5/80 ml | 19500 | 117000 |
| 6 | 2 L N°8 10 ml 198 | 5680 | 34080 |
| 2 | ASG 26 100 | 19600 | 39200 |
| | | | <u>190080</u> |

quantité / prix unitaire total
 la somme de 190080 cent
 francs HTS

PHARMACIE BELBAKKAR
 Dr. Amal BEN ZACHIA KASBAJ
 Docteur en PHARMACIE
 264, Hay BELBAKKAR 40070 MADR / KECH
 Tél : 05 24 31 47 94

Dr. Amina EL KHADIRI

**Spécialiste des maladies du cœur
et des vaisseaux**

Enfants & Adultes

Echocardiographie (ETT & ETO) - Holter Tensionnel

Holter rythmique - Epreuve d'effort

Ex-attachée au C.H.U. de Rabat Hôpital Ibn Sina



الدكتورة آمنة الخادري

إختصالية في أمراض القلب و الشرايين

اطفال - كبار

الفحص بالصدى الصوتي - قياس دقات القلب

و الضغط الدموي على المدى الطويل

امتحان الجهد

ملحقة سابقا بمستشفى ابن سينا بالرباط

Marrakech, le : 7. 9 2022 في مراكش

Dr. Amina EL KHADIRI
CARDIOLOGUE
Enfants & Adultes
Angle Bd My Abdellah, Av. 11 Janvier Im.
Aswak Salam Bab Doukkala N° 7 - Marrakech
Tel: 05 24 42 06 60 - GSM: 06 61 21 80 84

Mouja Lakoussine
13500x6

① Fa Forge 5/80mg

CP 15 b sir
57,80 x6

PHARMACIE BELBAKKAR

Dr. Amal BEN JAOUIA KABBAGJ

Docteur en PHARMACIE

264, Haç BELBAKKAR 40070 MARRAKECH

Tel: 05 24 31 47 94

②

13500x6
Asepric 100 mg
6 de jar

③

Le Laupressin d'au

Rendez-vous :

زالية محج مولاي عبد الله وشارع أسواق السلام باب دكالة رقم 7 - مراكش - الهاتف : 05 24 42 06 60

Angle Bd. My Abdellah, Av. 11 Janvier Aswak Salam Bab doukkala N° 7 1er Etage - Marrakech - Tél : 05 24 42 06 60



611800103058 3

EXFORGE ○
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH



611800103058 3

EXFORGE ○
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH



611800103058 3

EXFORGE ○
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH



611800103058 3

EXFORGE ○
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH



611800103058 3

EXFORGE ○
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH



611800103058 3

EXFORGE ○
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH

LD-NOR 10mg ○

30 comprimés pelliculés



LOT : 220581

EXP : 04/2025

PPV : 57,80 DH

LD-NOR 10mg ○

30 comprimés pelliculés



LOT : 220042

EXP : 03/2025

PPV : 57,80 DH

LD-NOR 10mg ○

30 comprimés pelliculés



LOT : 220578

EXP : 04/2025

PPV : 57,80 DH

LD-NOR 10mg ○

30 comprimés pelliculés



LOT : 220578

EXP : 04/2025

PPV : 57,80 DH

LD-NOR 10mg ○

30 comprimés pelliculés



LOT : 220580

EXP : 04/2025

PPV : 57,80 DH

LD-NOR 10mg ○

30 comprimés pelliculés



LOT : 221131

EXP : 09/2025

PPV : 57,80 DH

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80

LOT : 22E001
PER : 02/2024



6 118000 061113

LOT : 21E003
PER : 12/2022

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80

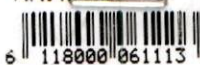


6 118000 061113

LOT : 21E005
PER : 05/2023

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

LOT : 21E005
PER : 05/2023

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

LOT : 22E001
PER : 02/2024

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

LOT : 22E001
PER : 02/2024

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

LOT : 21E004
PER : 12/2022

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

LOT : 22E001
PER : 02/2024

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

LOT : 21E003
PER : 12/2022

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113