

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.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0047416

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique **146337** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **4672** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **OUASSINI Abdelali**

Date de naissance : **01/01/1948**

Adresse : **Ville RAHMA, Diar Annaour**

Tranche 2 GH3 Dar Bouaza

Tél. : **0696 47873** Total des frais engagés : **824,50** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **Mme. JADUCANI Nuima** Age:

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

Nature de la maladie : **hypertension artérielle**

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 : **Casablanca** Le : **17 / 01 / 2023**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

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
17 JAN. 2023	CS			Dr. Sara HAIB Cardiologue 06 10 03 67 87

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

17-01-2023

824,50



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 :

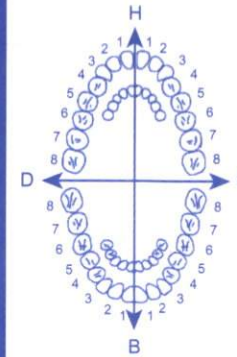
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

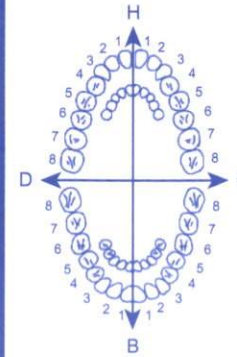
FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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

Docteur Sara HAJIB
SPECIALISTE EN PATHOLOGIE
CARDIO-VASCULAIRE



الدكتورة سارة حبيب
أخصائية في أمراض القلب والشرايين

Diplômée d'Echocardiographie de l'Université Bordeaux Segalen
Diplômée en Echodoppler vasculaire de l'Université Hassan II de Casablanca
Ancien interne des Hôpitaux de Paris et du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Cardiologie Adulte et Pédiatrique - Hypertension Artérielle
Echographie Doppler Cardiaque - Echocardiographie de Stress
Doppler Vasculaire Artériel et Veineux
Holter ECG et Tensionnel - Epreuve D'effort

دبلوم في فحص أمراض القلب والشرايين بجامعة بوردو بفرنسا
دبلوم في فحص الشرايين والأوعية بجامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس و بفرنسا
وبمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أخصائية في أمراض القلب والشرايين للكبار والأطفال
ارتفاع الضغط الدموي
التهنص بالصدى - الهولطير - الفحص بالجهد

Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Casablanca, le : 17/01/2023 في : دار البيضاء،

Mme JAOUANI naima

1 - CARDIOASPIRINE 100MG

0-1-0

2 - VASTAREL 80mg

1-0-0

3 - Natrixam 1.5/5mg

1-0-0

SYNTHEMEDIC
22 rue Koubatek Bnou el oujam rochi
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boîte 14

640150MP/21NRQ P.P.V. : 82,10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue Koubatek Bnou el oujam rochi
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boîte 14
640150MP/21NRQ P.P.V. : 82,10 DH
6 118001 020591

Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



دكتورة سارة حبيب
Docteur Sara HAJIB
Spécialiste en Pathologie
Cardio-vasculaire Adulte et pédiatrique
Tél.: 0 522 010 060 / 0 610 035 787

دكتورة سارة حبيب
Docteur Sara HAJIB
Spécialiste en Pathologie
Cardio-vasculaire Adulte et pédiatrique
Tél.: 0 522 010 060 / 0 610 035 787

3 mois

1401124



NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79,90 DH



1401124



NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79,90 DH



112,50

112,50

112,50

1401124



NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79,90 DH

