

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1618 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : AL MANSOUR 1950 AS2424

Nom & Prénom : AL MANSOUR

Date de naissance : 1950

Adresse : Quartier Nejma Bloc 161 N° 505 Hr Hassan

Exemple : ex

Tél. : 06 69 18 63 10 Total des frais engagés : 23.85,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/03/2023

Nom et prénom du malade : AL MANSOUR Amna Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HIPAT & dyslipidémie

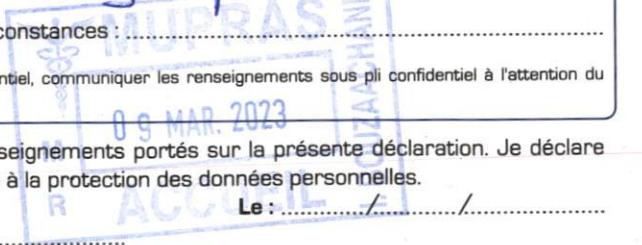
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 09 MAR 2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01/02/2023 | Consultation | 150 | 45000 | DR. SABD SOUTAIN 01130922 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|------------------|-------------|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|--|----------|----------|----------|----------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | |
| <p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> | | | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p> | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | G | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Traitement de:
Trois (3C) Mois

Traitement de:
Trois (3C) Mois

Traitement de:
Trois (3C) Mois

~~Zylopic~~ 3x31,30

7
6

93,9

1 azer

~~ZAMIDIP~~ 10.7. 424,8

1 week

~~MYL~~ 1 week 1x28 comprimé
B9 x 36,70
+ 6 x 54,60

1 azer 3x81,60

154,8

Total 2

1385

~~Dr Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Maâni
Tél.: 22.18.84/26.13.36 - CASA~~

Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى والدوبلير بالألوان

02 FEV. 2023

Patient :

Mr. ANNANE

Casablanca, le

Traitem. de
Trois (03) Mois

Anna

Laertis

75



3x 34,60

103,80

1 y a fait

APRIVER 300 4x 218,00
872

DFVER 300

Traitem. de
Trois (03) Mois

Lycelet

75

3x 84,20

252,6

Cordia 250

1 geler

Cardiopil 10 3x 24,50
83,1

1 g. a m. 1 g. a m.

356, زنقة مصطفى المعاني (قرب زنقة أڭادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail : cabinetoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922



Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain sebââ Casablanca



Aprovel 300 mg, cp b 28

P.P.V. : 218,00 DH



Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain sebââ Casablanca



Aprovel 300 mg, cp b 28

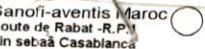
P.P.V. : 218,00 DH



Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain sebââ Casablanca



Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

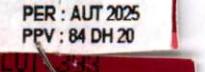
Ain sebââ Casablanca



Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain sebââ Casablanca



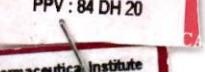
Pharmaceutical Institute

R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat

LOT : 397

PER : AUT 2025

PPV : 84 DH 20



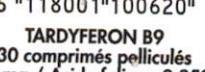
Pharmaceutical Institute

R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat

LOT : 397

PER : AUT 2025

PPV : 84 DH 20



6 118001 100620

TARDYFERON B9

30 comprimés pelliculés

0 mg / Acide folique 0,350 mg

Distribué par Cooper Pharma

rue Mohamed Diouri - Casablanca

41, rue DAOUDI - Pharmacien Responsable

PPV : 51,60 DH



6 118001 100620

TARDYFERON B9

30 comprimés pelliculés

0 mg / Acide folique 0,350 mg

Distribué par Cooper Pharma

41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable

PPV : 51,60 DH



6 118001 100620



LASILIX 40MG

20GP SEC

P.P.V : 34DH60

LOT : 22E008

PER : 04 2026

6 118000 060468



LASILIX 40MG

20CP SEC

P.P.V : 34DH60

LOT : 22E008

PER : 04 2026

6 118000 060468

LOT : 221049
EXP : 04 2025
PPV : 97.20

LOT : 211293 2
EXP : 05 2024

P.P.V : 54.60 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

LOT : 211293 2
EXP : 05 2024

P.P.V : 54.60 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

LOT : 211293 2
EXP : 05 2024

P.P.V : 54.60 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

LOT : 211293 2
EXP : 05 2024

P.P.V : 54.60 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

LOT : 211293 2
EXP : 05 2024

P.P.V : 54.60 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

LOT : 211293 2
EXP : 05 2024

P.P.V : 54.60 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

LOT 222024
EXP 05 '2026
PPV 31.30



777

LOT 222024
EXP 05 '2026
PPV 31.30



777

LOT 222024
EXP 05 '2026
PPV 31.30



777