

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-789102

AS9299

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule :	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom :		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. :		Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin :	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. Ichraq NASSIRI Cardiologue 249, Rés. EL Mansour, 1er Etg. App. N° 1 Bd Yacoub EL Mansour - Casablanca Tel: 05 22 39 76 70 </div>
	Date de consultation :	01/03/2023
	Nom et prénom du malade :	Lamdaq NASSIRI Bélla Zohra Age: 80
	Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
	Nature de la maladie :	Dr. Ichraq NASSIRI Cardiologue 249, Rés. EL Mansour, 1er Etg. App. N° 1 Bd Yacoub EL Mansour - Casablanca Tel: 05 22 39 76 70
	En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	ACCFI + MTA + dyslip
	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.	

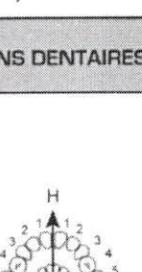
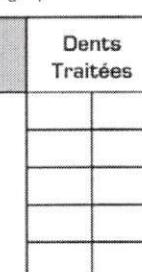
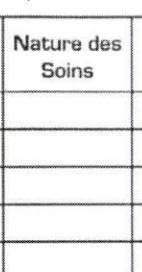
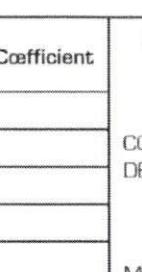
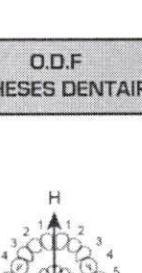
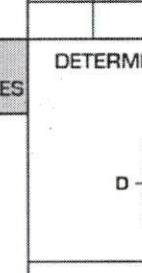
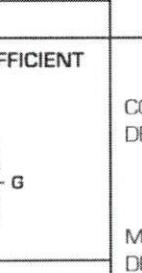
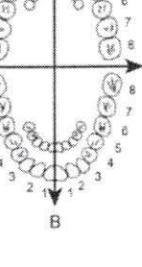
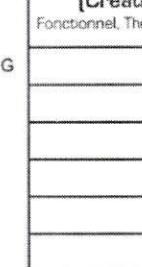
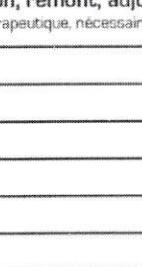
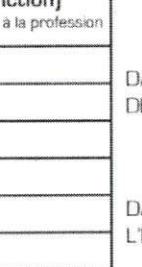
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 05/03/2023 Le : 05/03/2023

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
01-03-2013	C.I.S 2 E.C.C		2.000.000 Dhs	Conformément au Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes 249 Res. 11/03/2013 BD Yacoub El Mansour Casablanca tel: 05 22 89 76 70

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr SENHAJAH ABDELHAMID 93-100, Rue Capitaine LOUBEI KHALF Hay Mohammadia - CASABLANCA Tél : 0522262323	01/31/23	2521.30

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 : <input type="text"/>					
				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 			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"/>	
								[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
									
									
									
									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION									



- Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Médecin Attaché à l'Hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca
- Ancien Médecin interne au CHU Ibn Rochd de Casablanca
Bordeaux - Liège Belgique
- Diplômée en Echo doppler de l'université Bordeaux II
- Diplômée en Exploration de système nerveux autonome Rabat

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة مستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية ساقية بل沃ات الاستشفائية ابن رشد الدار البيضاء
بوردو فرنسا / لينج بليجيكا
- حاصلة على شهادة فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا
- حاصلة على شهادة فحص الجهاز العصبي اللازاردي من جامعة ابن سينا بالرباط

Casablanca le :

13/01/2023

Dr. Ichraq NASSIRI

- 1) Régime peu salé
629,00 x 3
- 2) Xarelto 20
98,10 x 3
- 3) Cosyrel 5/5
114,10 x 2
- 4) Bestor 5 mg : 111,80
- Total : 1521,30

S.V

S.V

S.V

Pharmacie SENHAJA HEALTH
Dr. SENHAJI ABDELHAMID
98-100, Rue Capitaine LOUBEI KHALIL
Hay Mohammadi - CASABLANCA
Tél : 0522.62.38.14

Dr. Ichraq NASSIRI
Cardiologue
149, Rés. El Mansour, 1er Etg. Appt. N° 1
Bou Yaacoub El Mansour - Casablanca
Tél : 05 22 39 76 70

عدم توقيف الوصفة حتى

Traitements à ne pas arrêter jusqu'au prochain rendez-vous

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban
28 cps

P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A.



6 118001 090808

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban
28 cps

P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A.



6 118001 090808

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban
28 cps

P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A.



6 118001 090808

14011081

6 118001 1130276

COSYREL 5mg/10mg ○
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca



14011081

6 118001 1130276

COSYREL 5mg/10mg ○
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca



14011081

6 118001 1130276

COSYREL 5mg/10mg ○
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca



BESTOR® 5 mg

Rosuvastatine

30 comprimés pelliculés



BESTOR® 5 mg

Rosuvastatine

30 comprimés pelliculés



6 118000 360230

BESTOR® 5 mg

Rosuvastatine

30 comprimés pelliculés



6 118000 360230

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : *Lamdoghi Lalla Zehra*

Matricule : *867* № CIN : *B 24 71 32*

Adresse : *44 Rue de Mekhilia Appart 05 Hay Salam*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr. Ichraq NASSIRI* Spécialité :

№ ICE : *249, Rés. El Mansour, 1er Etg. Appt. N° 1* № INPE : *INPE : 091200386*

Bd. Yaacoub El Mansour - Casablanca
Tél : 05 22 39 76 70

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Lamdoghi Lalla Zehra*

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

ACFA permanente - OG débâlé - HVG .

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrit :

Xarelto 20 mg + Bextor 5 mg + Cosfrel 5/5 .

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *6059* le *1/03/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Ichraq NASSIRI
 Cardiologue
 249, Rés. El Mansour, 1er Etg. Appt. N° 1
 Bd. Yaacoub El Mansour - Casablanca
Tél : 05 22 39 76 70

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

ECG

Dr NASSIRI Ichraq

Nom LAMDAGHRI LASEA ZAHIFAmale
SN 0002707 Case No.

Age 81

Clinique N

Section



Frequency:	1000 Hz	PR Interval:	106 ms
Sample Time:	14 s	QT Interval:	392 ms
HR:	80 bpm	QTc Interval:	450 ms
P Interval:	106 ms	P Axis:	68.58°b
QRS Interval:	110 ms	QRS Axis:	-37.63°b
T Interval:	208 ms	T Axis:	58.25°b

$$\text{Prompt: } D_t = 145170 \text{ mm} 14g$$

$$T.A. \rightarrow D_t = 133159 \text{ mm} 14g$$

$$F-C = 71 \text{ bpm}$$

$$S_{\text{eff}} = 93\%$$

Dr. Ichraq NASSIRI
Cardiologue
249, Res. L'Hassour, 1er Etg, Appt. N° 1
Bd. Yaacoub El Mansour - Casablanca
Tél : 05 22 39 76 70

Signature Médecin :