

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

MPe 1161

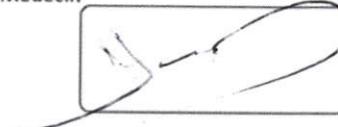


Déclaration de Maladie

N° W21-775709

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1161	Société :	RAN
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ESSAM RALI MOHAMED
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :			
Total des frais engagés : #918,00# Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	28/08/13
Nom et prénom du malade :	BOUALILA fadoua
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	maladie chronique
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 : 28/08/13

Signature de l'adhérent(e) :



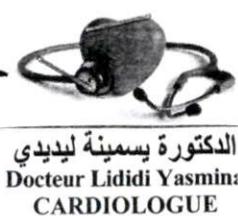
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01.08.25	C		G	INP :  Yann

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SEMLAÏ 37, RUE HABIBA SIDI MOUSSA Tél : 05 37 88 45 60	29/11/23	918,00 DHS

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

CLINIQUE D'EXPLORATIONS CARDIOLOGIQUES



Salé, le: 01-08-23

الدكتورة يسمينة ليديدي
Docteur Lididi Yasmina
CARDIOLOGUE

Mr BOVALILA Fadima

269,00 x 3

- coveram 1015 1 - 0 - 1

3700 x 3

- Bip pol 2.5 1 - 0 - 0

= 1 = 918,00

PHARMACIE SEMALI
37, AV. MOHAMED V, SIDI MOUSSA - SALE
N° 9 - SIDI MOUSSA - SALE
Tél: 05 37 85 25 60

INPE = 102084860

Dr. LIDIDI YASMINA
Cardiologue

30, Av. Mohamed V, Rez de chaussée N°31, Tabriket, Salé

Tél : 05 37 85 26 71 - Email: yasminalididi@gmail.com

longue durée

Il s'agit de maladie chronique.

كوفيرام

حبات 10 ملغ / 5 ملغ

بيراندوبريل أرجينين / أملوديبين

10₅

حبة 30



269.00
GER

COVERAM®

10 mg / 5 mg

comprimés

Périndopril arginine / amlodipine

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Un comprimé contient 6,790 mg de périndopril correspondant à 10 mg de périndopril arginine et 6,935 mg d'amlodipine bésilate équivalent à 5 mg d'amlodipine.

Contient du lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations

Sur prescription médicale seulement.

Respecter les doses prescrites.

Lire la notice avant utilisation.

Fabricant : Servier (Ireland) Industries Ltd
Gorey Road – Arklow – Co.Wicklow – Ireland

Conditionnement : SERVIER MAROC

Site de production

Zone industrielle

Aéropole Nouasser

كوفيرام

حبات 10 ملغ / 5 ملغ

بيراندوبريل أرجينين / أملوديبين

10₅

حبة 30



269.00
GER

COVERAM®

10 mg / 5 mg

comprimés

Périndopril arginine / amlodipine

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Un comprimé contient 6,790 mg de périndopril correspondant à 10 mg de périndopril arginine et 6,935 mg d'amlodipine bésilate équivalent à 5 mg d'amlodipine.

Contient du lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations

Sur prescription médicale seulement.

Respecter les doses prescrites.

Lire la notice avant utilisation.

Fabricant : Servier (Ireland) Industries Ltd
Gorey Road – Arklow – Co.Wicklow – Ireland

Conditionnement : SERVIER MAROC

Site de production

Zone industrielle

Aéropole Nouasser

كوفيرام

حبات 10 ملغ / 5 ملغ

بيراندوبريل أرجينين / أملوديبين

10₅

حبة 30



269.00
GER

COVERAM®

10 mg / 5 mg

comprimés

Périndopril arginine / amlodipine

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Un comprimé contient 6,790 mg de périndopril correspondant à 10 mg de périndopril arginine et 6,935 mg d'amlodipine bésilate équivalent à 5 mg d'amlodipine.

Contient du lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations

Sur prescription médicale seulement.

Respecter les doses prescrites.

Lire la notice avant utilisation.

Fabricant : Servier (Ireland) Industries Ltd
Gorey Road – Arklow – Co.Wicklow – Ireland

Conditionnement : SERVIER MAROC

Site de production

Zone industrielle

Aéropole Nouasser

POLYMÉDIC

2,5 mg
Bisoprolol

BIPROL®
Bisoprolol **2,5 mg**
POLYMÉDIC

30

COMPRIMÉS PELLICULÉS
SÉCABLES

VOIE ORALE

POLYMÉDIC

2,5 mg
Bisoprolol

BIPROL®
Bisoprolol **2,5 mg**
POLYMÉDIC

30

COMPRIMÉS PELLICULÉS
SÉCABLES

VOIE ORALE

POLYMÉDIC

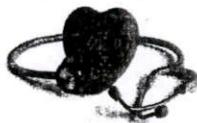
2,5 mg
Bisoprolol

BIPROL®
Bisoprolol **2,5 mg**
POLYMÉDIC

30

COMPRIMÉS PELLICULÉS
SÉCABLES

VOIE ORALE



CABINET DE CARDIOLOGIE

Note d'honoraire :

N° 1300/2023

Je soussignée **Dr LIDIDI Yasmina**, cardiologue
certifie avoir encaissé la somme de **300 DH**
pour **consultation**
de la part de Mr/ Mme **Yasmina Fodha**
Ce jour le **25/02/2023**

IF:34527104
ICE: 001688507000020
INPE: 101165959
Nº Patente: 29062654

Dr LIDIDI Yasmina
Cardiologue
30, Av. Meknès 31, Tétouan
Télé: 052 53 31 88 39 74