

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 073745

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2399 Société : R.A.N.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SFA Ahmed
 Date de naissance : 01.01.1949
 Adresse : DEROUA
 Tél : 0662732454 Total des frais engagés : 1614,90 DHS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/12/2023
 Nom et prénom du malade : M. KHALOUKI MALIKA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : DEROUA

Le : 11/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
1-12-23	C2 + C9		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/12/2023	1364,90 Dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

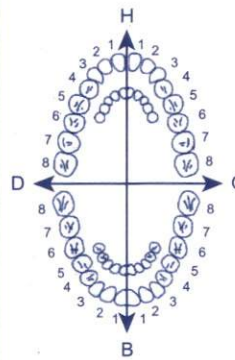
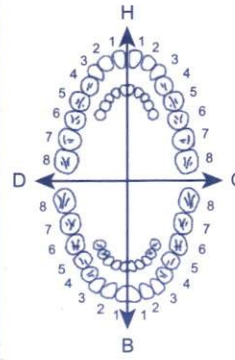
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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														
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EL MOURID MONIA
CARDIOLOGUE

Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca
Diplômée de l'Université Paris Descartes en cardiologie pédiatrique
Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd - Casablanca
Ancien médecin interne du CHU de Paris
Praticienne attachée à l'hôpital universitaire CHEIKH KHALIFA

Echographie doppler cardiaque et vasculaire
Echocardiographie de stress
Holter ECG / Holter Tensionnel / Epreuve d'effort



الدكتورة المريد منى

أخصائية في أمراض القلب و الشرايين

خريجة كلية الطب و الصيدلة الدار البيضاء

دبلوم أمراض القلب للأطفال بجامعة باريس

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفيات الجامعية باريس

طبيبة بالمستشفى الجامعي الشيخ خليفة

الفحص بالصدى الصوتي للقلب و الشرايين

فحص القلب بالصدى عند الجهد

تسجيل المخطط الدموي و دقات القلب على المدى الطويل - تخطيط الجهد

ORDONNANCE

01 décembre 2023

Mme KHALLOUKI Malika

1/ DIPREZAR 50 / 12.5 MG / MG COMPRIME PELLICULE

2 cp/j le matin

2/ ATENOR 100 MG COMPRIME SECABLE

1 cp le matin

3/ ZYLORIC 100 MG COMPRIME

1 cp le soir

4/ CARDIOASPIRINE 100 MG COMPRIME GASTRO-RESISTANT

1 cp à midi

5/ LIPTORVA 20MG

1cp le soir

6/ LIPANTHYL 160 MG COMPRIME PELLICULE

1 cp le soir un jour sur deux

Traitement pendant : 3 Mois

تجزئة النسيم رقم 26 عمارة ديار العلوي رقم 04 الطابق الأول - الدروة
Quartier Nassim N°26 Immeuble Diar El Alaoui Appt N°4 1er étage - Deroua

05 22 03 16 74

Urgences : 06 60 62 70 07

cabinet.dreilmourid@gmail.com

PPV: 114DH30
PER: 09/25
LOT: L3330

DIPREZAR® ○
Losartan 50 mg +
Hydrochlorothiazide 12.5 mg
30 comprimés pelliculés

6 118 000 04 1658

LOT 223157
EXP 09 2026
PPV 46.70 DH

DIPREZAR® ○
Losartan 50 mg +
Hydrochlorothiazide 12.5 mg
30 comprimés pelliculés

6 118 000 04 1658

DIPREZAR® ○
Losartan 50 mg +
Hydrochlorothiazide 12.5 mg
30 comprimés pelliculés

6 118 000 04 1658

DIPREZAR® ○
Losartan 50 mg +
Hydrochlorothiazide 12.5 mg
30 comprimés pelliculés

6 118 000 04 1658

PPV: 114DH30
PER: 05/26
LOT: M1601

PPV: 114DH30
PER: 03/26
LOT: M761

DIPREZAR® ○
Losartan 50 mg +
Hydrochlorothiazide 12.5 mg
30 comprimés pelliculés

6 118 000 04 1658

PPV: 114DH30
PER: 04/26
LOT: M1309

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

6 118001 090280

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

6 118001 090280

ATEN® 100 mg ○
56 comprimés sécables

6 118000 120070

21100

PPV: 114DH30
PER: 06/26
LOT: M2089

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

6 118001 090280

21100

DIPREZAR® ○
Losartan 50 mg +
Hydrochlorothiazide 12.5 mg
30 comprimés pelliculés

6 118 000 04 1658

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

6 118001 090280

ATEN® 100 mg ○
56 comprimés sécables

6 118000 120070

AMM : 377/16 DMP/21/NNP

Liptorva® 20 mg ○
Boîte de 28 comprimés pelliculés

6 118000 095033

LOT 232850
EXP 09 2027
PPV 46.70 DH

ZYLORIC 100 mg ○
Boîte de 100 comprimés
A.M.M. N° 53 DMP/21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO

6 118000 022268

LOT : 7622
UT. AV : 02-25
P.P.V. : 101 DH 80

Laboratoires MAPHAR ○
Boulevard ALKIMIA N°6
Quartier Industriel,
Sidi Bernoussi - Casablanca
Maroc
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636