

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 canalaire, 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 canalaire.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

## Adresses Mails utiles

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

M23- N° 0030427

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1868 Société : RAN  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ELBOUANI MAGAS  
 Date de naissance : 05.03.59  
 Adresse : Résidence EL MALHA Im. EL OBB d. M. 1  
 Tél. : 0651.40.25.40 Total des frais engagés : 8140,60 mhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : Najat Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HTA + CMG  
 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 : / /  
 Signature de l'adhérent(e) :

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
29/11/23	CS, LCC	1	250.000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie 2000</b> <b>Docteur Kadiri L. Zineb</b> 22, bd Mohammed V - BERRECHID Téléphone : 022.53.36.05 062000591	30-11-23	1890.60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

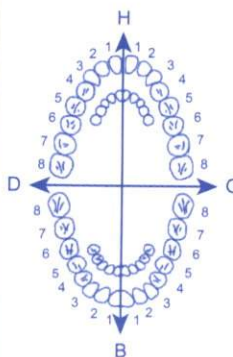
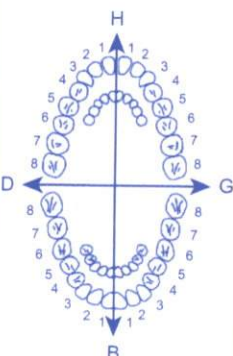
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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														
																	
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																	
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																	
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>																	
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																	
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
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"/>																	
																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD**

Cardiologue Interventionnel

Cardiologue

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheld Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



**د. خضر محمد فؤاد**

فحص القلب التداخلي

أخصائي أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بالبحر الأبيض

طبيب سابق بمستشفى الشيخ خليفة بالبحر الأبيض

طبيب سابق بمستشفى لودنشايد بألمانيا

حاصل على شهادة التخصص بالصدى من جامعة بورجو بفرنسا

## Ordonnance

Berrechid, le : .....

**BERRECHID LE 30 novembre 2023**

**Mme EL OUJANI NAJAT**

REGIME PAUVRE EN SEL

CO-VARTEX 160/25 MG

1 Cp/J matin à jeun

BIPROL 10 MG

1 Cp/J à midi

KARDEGIC 160MG

1 Cp/J à midi

NOLIP 10MG

1Cp/J le soir

INESO 20MG

1gel/J le soir

CALCINIB 5 MG

1 Cp/J le soir

Traitement pendant : 3 Mois

Pharmacie 2000  
Docteur Kadiri L. Zineb  
22, bd Mohamed V, Berrechid  
Téléphone : 05 22 32 83 03

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD  
Cardiologue Interventionnel  
CARDIOLOGUE  
11 Bd Mohamed V - Etage Bureau N°1 BERRECHID  
Tél: 05 22 32 83 03 / 05 22 32 83 33

PER:04/2025

LOT:23E008  
KARDEGIC 160MG  
SACHETS 830  
P.P.V : 35DH70



PER:04/2025

LOT:23E008  
KARDEGIC 160MG  
SACHETS 830  
P.P.V : 35DH70



Co-Vartex® 160 mg/25 mg  
28 comprimés pelliculés  
Laboratoires SOTHEMA  
N° AMM 81/16 DMP/21/NNP



Co-Vartex® 160 mg/25 mg  
28 comprimés pelliculés  
Laboratoires SOTHEMA  
N° AMM 81/16 DMP/21/NNP



Co-Vartex® 160 mg/25 mg  
28 comprimés pelliculés  
Laboratoires SOTHEMA  
N° AMM 81/16 DMP/21/NNP



186,30

186,30

186,30

65,70

65,70

65,70

BIPROL® 10mg  
30 Comprimés pelliculés  
séables



BIPROL® 10mg  
30 Comprimés pelliculés  
séables



BIPROL® 10mg  
30 Comprimés pelliculés  
séables



LOT: M1151  
PER: 09/2025  
PPV: 139,00 DH

Ineso 20 mg  
28 Gélules  
Deva Pharmaceutique



28 Com  
LOT: 105  
PER: FEV 2026  
PPV: 49 DH 40

CALCINIB 5 mg 28 comprimés



CALCINIB 5 mg 28 comprimés



CALCINIB 5 mg 28 comprimés



154,00

154,00

154,00

NOLIP® 10 mg  
30 comprimés pelliculés



NOLIP® 10 mg  
30 comprimés pelliculés



NOLIP® 10 mg  
30 comprimés pelliculés



# ECG

Nom el oujani najat  
SN 0010865

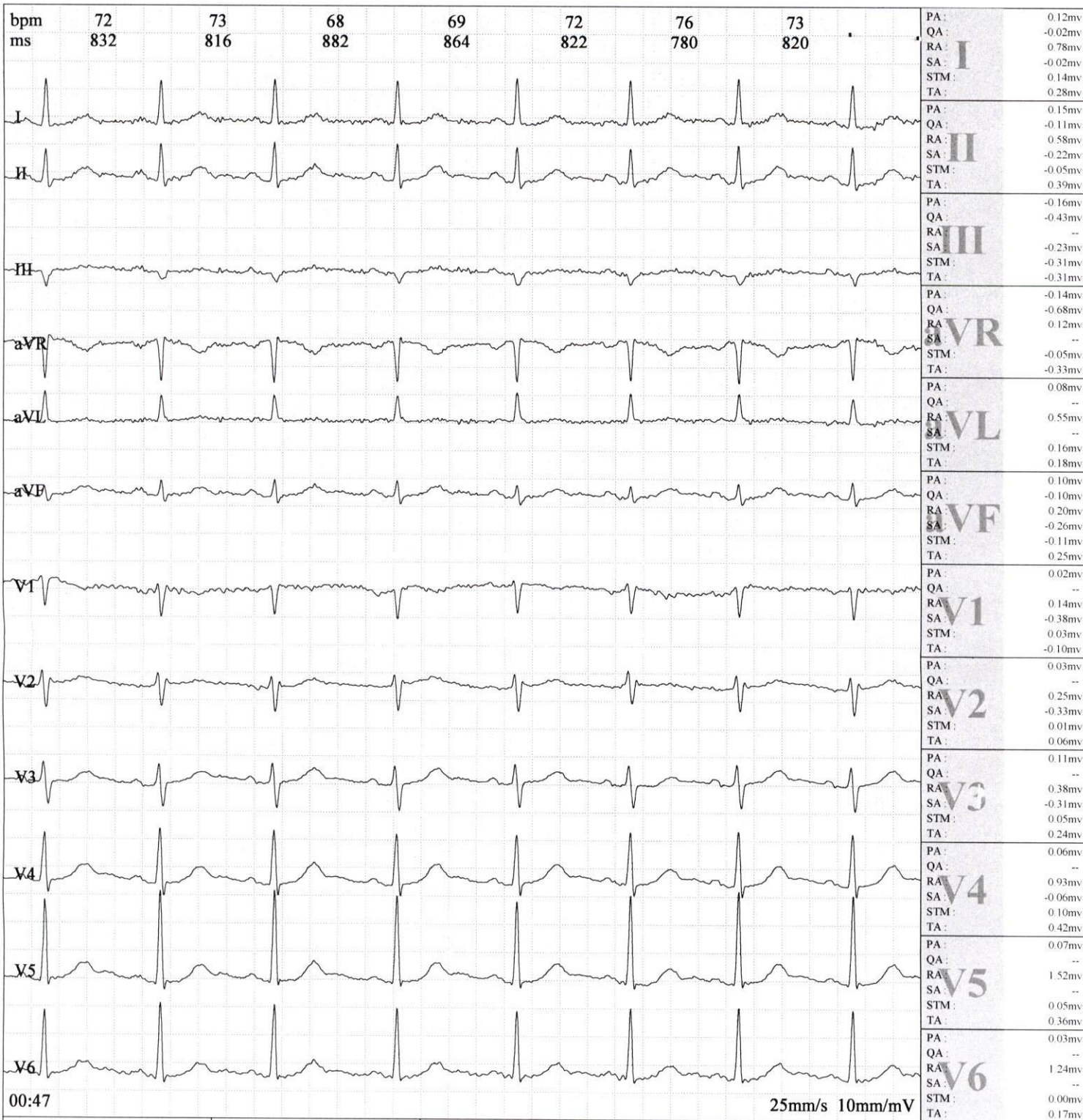
Sex Female  
Case No.

Age 64  
Lit No.

Clinique N  
Date

Section

11/30/2023



Frequency: 1000 Hz PR Interval: 218 ms  
Sample Time: 59 s QT Interval: 350 ms  
HR: 66 bpm QTc Interval: 376 ms  
P Interval: 100 ms P Axis: -43.35°b  
QRS Interval: 82 ms QRS Axis: -20.70°b  
T Interval: 170 ms T Axis: -26.76°b

Prompt:

Total Beats 63 ,Normal Beats 60,SVE 0 ,VE 2 .

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD  
Cardiologue Intervencionnel  
CARDIOLOGUE  
11 Bd Med V T Elana Bureau N°1 BERRECHID  
Tél: 05 22 32 32 03 / 05 22 32 83 33

Signature Medecin :