

# 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

- Reclamation : 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.

N° W19-464551  
ND:35130

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Ai

<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>	
Matricule : <u>1001</u>	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <u>MOUKHTIFI ABDELLATIF</u>	
Date de naissance : <u>1-1-1948</u>	
Adresse : <u>N°11 lot NICOLA ALLEE DE LA PLAGE AIN SEBAA - CASABLANCA</u>	
Tél. : <u>0659866493</u>	Total des frais engagés : <u>596,70 DH</u>

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MOUKHTIFI ABDELLATIF Age : 78

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

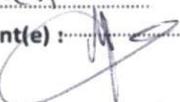
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 17/11/2020

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
25/02/20	300 PG	300 PG	INP : 051481653	<i>[Signature]</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL BACHIR	25/02/20	255,70
62 Bis, Bd. H. Ahmed Mekouar		
Tél : 05 22 34 41 27 - Casablanca		

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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 canalaires, ainsi que

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :								
				INP : [ ]								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX								
				MONTANTS DES SOINS								
				DEBUT D'EXECUTION								
				FIN D'EXECUTION								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX								
				MONTANTS DES SOINS								
				DATE DU DEVIS								
				DATE DE L'EXECUTION								
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>												
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
H	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												
<img alt="Diagram of upper and												

DOCTEUR JOUNDY CHAKIB  
CARDIOLOGUE

Spécialiste Diplômé de la Faculté  
de Médecine de Lille (France)

Diplômé d'Etudes Spéciales de  
Pathologie Vasculaire Varices  
Ex. Médecin Attaché au C.H.U  
de Lille

39, Bd. Rahal El Meskini  
Tél.: C. 05 22 31 64 13 / 05 22 31 75 13  
Fax : 05 22 44 46 10  
D. 05 22 52 08 03 - GSM : 06 61 17 34 48  
Casablanca



الدكتور جندي شكيب

اختصاصي في أمراض القلب  
و الدورة الدموية

خريج كلية الطب بليل فرنسا  
طبيب ملحق سابق بالمركز الصحي  
الجامعي بليل

39، شارع رحال المسكيني  
الهاتف: 05 22 31 75 13 / 05 22 31 64 13  
فاكس: 05 22 44 46 10  
05 22 52 08 03: م  
المحمول: 06 61 17 34 48 - الدار البيضاء

Casablanca, le :

25/02/2020

Dr. Mekouar J. Absolument

98,90  
296,70 = x3

Amlo 10 mg  
17/15

15

3 mois

صيادلة الشيشا  
PHARMACIE EL BACHIR  
62 Bis, Bd. Hj. Ahmed Mekouar  
Tél.: 05 22 34 41 27 - Casablanca

Dr. JOUNDY Chakib  
39, Bd. Rahal El Meskini  
Tél. C. 05 22 31 64 13



Pfizer

## INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Ce médicament appartient à la classe des antagonistes du calcium.

Ce médicament est préconisé dans le traitement de l'hypertension artérielle et dans le traitement préventif de l'angor.

## CONTRE INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- chez la femme enceinte ou susceptible de l'être
- chez la femme en période d'allaitement.

*EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.*

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Les personnes âgées et les personnes souffrant d'une insuffisance hépatique se conformeront strictement à la prescription de leur médecin.

*EN CAS DE DOUTE NE PAS HÉSITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.*

*AFIN D'ÉVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MÉDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN, particulièrement si vous prenez déjà des médicaments contre l'hypertension artérielle ou contre l'angor.*

*NE JAMAIS LAISSER A LA PORTÉE DES ENFANTS.*

## AUTRES EFFETS POSSIBLES DU MÉDICAMENT

*COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MÉDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS, en début de traitement :*

- le plus souvent, on peut noter maux de tête, rougeurs du visage, œdèmes des jambes.
- Rarement : nausées, étourdissements, fatigue, réactions cutanées : tachycardies ou palpitations.

*Ces phénomènes s'atténuent en général par la si*

*Pour toute autre manifestation de ce type, il convient de consulter immédiatement un médecin.*

## POSÉOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

### DANS TOUS LES CAS

#### PRÉSENTATIONS

- **AMLOR® 5 mg**

Boîte de 14 comprimés

Boîte de 28 comprimés

Boîte de 56 comprimés

- **AMLOR® 10 mg**

Boîte de 14 comprimés

Boîte de 28 comprimés

\* Marque de Pfizer Inc

UT.AV :

2

P.P.V.

98 90

98,90

LOT N° :

270192

ant  
in.

/IN.

N.S.D.I.

039

09366128/3



Pfizer

## INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Ce médicament appartient à la classe des antagonistes du calcium.

Ce médicament est préconisé dans le traitement de l'hypertension artérielle et dans le traitement préventif de l'angor.

## CONTRE INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- chez la femme enceinte ou susceptible de l'être
- chez la femme en période d'allaitement.

*EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.*

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Les personnes âgées et les personnes souffrant d'une insuffisance hépatique se conformeront strictement à la prescription de leur médecin.

*EN CAS DE DOUTE NE PAS HÉSITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.*

*AFIN D'ÉVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MÉDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN, particulièrement si vous prenez déjà des médicaments contre l'hypertension artérielle ou contre l'angor.*

*NE JAMAIS LAISSER A LA PORTÉE DES ENFANTS.*

## AUTRES EFFETS POSSIBLES DU MÉDICAMENT

*COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MÉDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS, en début de traitement :*

- le plus souvent, on peut noter maux de tête, rougeurs du visage, œdèmes des jambes.
- Rarement : nausées, étourdissements, fatigue, réactions cutanées : tachycardies ou palpitations.

*Ces phénomènes s'atténuent en général par la si*

*Pour toute autre manifestation de ce type, consulter immédiatement un médecin.*

**POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION**

DANS TOUS LES CAS

## PRÉSENTATIONS

- **AMLOR® 5 mg**

Boîte de 14 comprimés de

Boîte de 28 comprimés de

Boîte de 56 comprimés de

- **AMLOR® 10 mg**

Boîte de 14 comprimés de

Boîte de 28 comprimés de

\* Marque de Pfizer Inc

UT.AV :

21

P.P.V.

98 90

98,90

LOT N° :

270192

ant  
in.

/IN.

N.S.D.I.

0039

09366128/3



Pfizer

## INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Ce médicament appartient à la classe des antagonistes du calcium.

Ce médicament est préconisé dans le traitement de l'hypertension artérielle et dans le traitement préventif de l'angor.

## CONTRE INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- chez la femme enceinte ou susceptible de l'être
- chez la femme en période d'allaitement.

*EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.*

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Les personnes âgées et les personnes souffrant d'une insuffisance hépatique se conformeront strictement à la prescription de leur médecin.

*EN CAS DE DOUTE NE PAS HÉSITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.*

*AFIN D'ÉVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MÉDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN, particulièrement si vous prenez déjà des médicaments contre l'hypertension artérielle ou contre l'angor.*

*NE JAMAIS LAISSER A LA PORTÉE DES ENFANTS.*

## AUTRES EFFETS POSSIBLES DU MÉDICAMENT

*COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MÉDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS, en début de traitement :*

- le plus souvent, on peut noter maux de tête, rougeurs du visage, œdèmes des jambes.
- Rarement : nausées, étourdissements, fatigue, réactions cutanées : tachycardies ou palpitations.

*Ces phénomènes s'atténuent en général par la si*

*Pour toute autre manifestation de ce type, il convient de consulter immédiatement un médecin.*

## POSÉOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

DANS TOUS LES CAS

## PRÉSENTATIONS

- AMLOR® 5 mg

Boîte de 14 comprimés de

Boîte de 28 comprimés de

Boîte de 56 comprimés de

- AMLOR® 10 mg

Boîte de 14 comprimés de

Boîte de 28 comprimés de

\* Marque de Pfizer Inc

UT.AV :

21

P.P.V.

98 90

98,90

LOT N° :

270192

ant  
in.

/IN.

N.S.D.I.

039

09366128/3

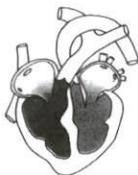
# DOCTEUR JOUNDY CHAKIB

## CARDIOLOGUE

Spécialiste Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille (France)

Diplômé d'Etudes Spéciales de Pathologie Vasculaire Varices Ex. Médecin Attaché au C.H.U de Lille

39, Bd. Rahal El Meskini  
Tél.: C. 05 22 31 64 13 / 05 22 31 75 13  
Fax : 05 22 44 46 10  
D. 05 22 52 08 03 - GSM : 06 61 17 34 48  
Casablanca



الدكتور جندي شكيب

اختصاصي في أمراض القلب  
و الدورة الدموية

خريج كلية الطب بليل فرنسا  
طبيب ملحق سابق بالمركز الصحي  
الجامعي بليل

39. شارع رحال المسكنيني  
الهاتف: 05 22 31 75 13 / 05 22 31 64 13 :  
فاكس: 05 22 44 46 10  
05 22 52 08 03 : م  
المحمول: 06 61 17 34 48 - الدار البيضاء

Facture

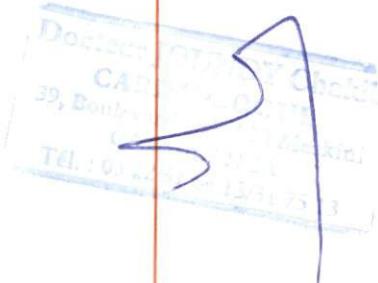
Casablanca, le : 25 FEB 2020

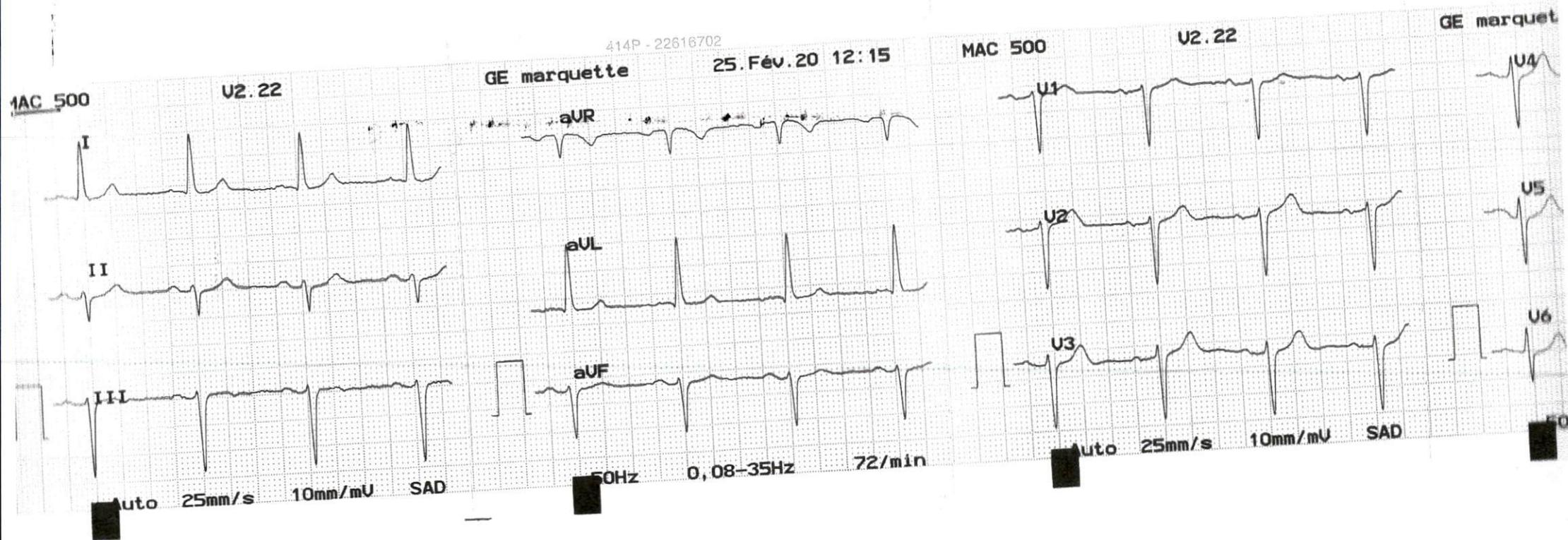
Dr. Mouskabi Abdellatif

Consultation 9 ⵓ

300 در

trois cent در



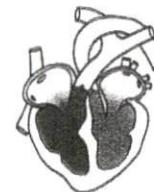


DOCTEUR JOUNDY CHAKIB

CARDIOLOGUE

Spécialiste Diplômé de la Faculté  
de Médecine de Lille (France)

Diplômé d'Etudes Spéciales de  
Pathologie Vasculaire Varices  
Ex Médecin Attaché au C.H.U  
de Lille



الدكتور جندي شكيب

اختصاصي في أمراض القلب  
و الدورة الدموية

خريج كلية الطب بليد فرنسا  
طبيب ملحق سابق بالمركز الصحي  
الجامعي بليد

## ELECTROCARDIOGRAMME

Nom de Malade : Ali Mousa (الطب)

Casablanca, le : 20/09/2009

شارع رحال المسكنى - الهاتف : 06 61 17 34 48 - المحمول : 05 22 44 46 10 / 05 22 52 08 03 - فاكس : 05 22 31 75 13 / 05 22 31 64 13  
39, Bd. Rahal El Meskini - Tél.: C. 05 22 31 64 13 / 05 22 31 75 13 - Fax: 05 22 44 46 10 - D. 05 22 52 08 03 - GSM : 06 61 17 34 48 - Casa