

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 canaux, 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 canaux.

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'Horizon
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-495564

52340

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2083 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MARIKH MOHAMED

Date de naissance : 05-21-1944

Adresse : 50 Rue Lionel de Vigne Dub ghilf

Tél. : 06 77 46 4960

Total des frais engagés : 58204

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/12/2020

Nom et prénom du malade : HADRAKE SAADIA Age : 1947

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

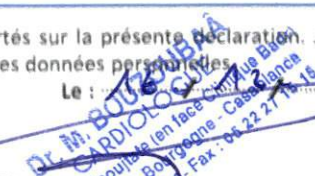
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASABLANCA Le : 16/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
<p>PHARMACIE CHALLE</p> <p>EL KADRI AGUEDACH Laila</p> <p>Docteur en Pharmacie</p> <p>Rue Jaber Al Ansari - Derb Ghallia</p> <p>Tél: 05 22 22 11 00</p>	16/12/20	232,10

[illegible][illegible]

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

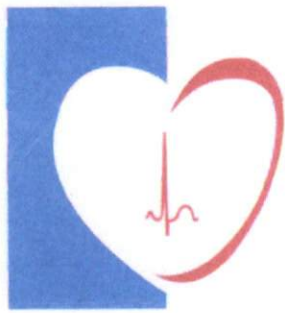
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



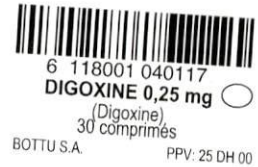
CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Le 16/12/2020

باسم القاضي

الدكتور محمد بوزوابع
أمراض القلب والشرابين

Mme HADRANE SAADL



1/ DIGOXINE 0.25



1/2 CP / J Matin

Dr. M. BOUZOUBAA 2225

CARDIOLOGUE

ARMACIE GHALLE
EL KADI / AGENCE PHARMACIE
Docteur M. Bouzoubaa - Derb Ghalle
21, Rue Jaber Al-Ansari - Derb Ghalle
Tél : 05 22 27 15 15

2/ ALDACTAZINE

P.P.V

39,30

P.P.V

39,30

P.P.V

39,30

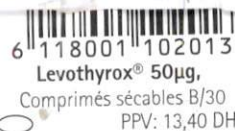
1/2 CP / J Matin

Echocardiographie Doppler Couleur

3/ LEVOTHYROX 50

3 x 1/2

Echo Doppler Veineux et Artériel



4/ SINTROM 4mg

Dose selon INR

Holter Tensionnel

Holter Rythmique

Epreuve d'Effort

Urgences Cardiologiques

5/ STRESAM

74,00 x 1
282,10

1 X 3 / J 10 Jours

PPV : 74,00 DH

Traitement de 3... Mois

TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE.
FAIRE TP + INR / Mois

Dr. M. BOUZOUBAA
CARDIOLOGUE
13, Bd Ain Taoujtate (en face Clinique Badr)
Rés. Ilias N°6 - Bourgogne - Casablanca
Tél : 05 22 27 20 20 - Fax : 05 22 27 15 15

Résultats mesures:

QRS	:	ms
QT/QTcB	:	ms
PQ	:	ms
P	:	ms
RR/PP	:	ms
P/QR/T	:	degrés
QTd/QTcBd	:	ms
Sokolow	:	mV
NK	:	

Interprétation:

rapport non confirmé

