

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

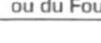
N° W19-478227
ND: 53 802

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	3552	Société :	RAN
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		DUZINE DRISS	
Date de naissance :		30/06/1943	
Adresse :		Avy ESSALAMA 3 BLOC C n°8 SIDI OTHMANE CASABLANCA	
Tél. :		06 61 13 22 34 Total des frais engagés :	
		2708,60 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>Dr ZOHEIR Fatima CARDIOLOGUE 230, Bd Brahim Roudani Maârif - Casablanca</i>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
OB, n° 101 du Dr DUZINE DRISS			
Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <i>EURONOSE fétide</i>			
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 : *15/16/2026*
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
N° W19-478227	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/10/20	2408,60

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

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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE										
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.										
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient						
				INP : <input type="text"/>						
				COEFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	B
H	G									
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553									
D	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"/>								



Diplômée de la faculté de Lyon

Ex-attachée de l'hôpital cardiologique de Lyon - Ex chef de service de cardiologie à la CNSS

Membre de la société française de cardiologie

Échodoppler cardiaque et vasculaire - Epreuve d'effort - Holter rythmique et tensionnel

Youzine Driss

Casablanca le 6/10/2020.



248,00 $\times 2$ 1ere chose - 200 $\times 2$
 98,10 $\times 4$ 1/ copie de 5/ $\times 3$
 11 Le up / retou
 3 mois 2/ copie de 75/100
 228,00 $\times 4$
 89,00 $\times 4$
 5) 3) 4) 5)
 Dr ZOHEIR Fatima MACIENNE KHENGO
 230, Boulevard Brahim Roudani Casablanca Dr. Mohammed Bouziane
 Tel.: 0522 25 21 81 Tel.: 0522 37 01 25 - Fax: 0522 59 55 77
 5) 5) 5) 5)
 5) 5) 5) 5)



230، شارع إبراهيم روداني طريق الجديدة - المعاريف - الدار البيضاء

230, Boulevard Brahim Roudani Ex Route d'El jadida, Maârif - Casablanca

Tél.: 05 22 25 21 81

1/ WTC 1000 SS.

Suppli

Wb, ex 1

DU

PHARMACIE BEN A
Leopoldine
182188 RI MOHAMED V
1000 Casablanca - 20.700
Tél: 0522 95 22 22

22/08/2021 bong aetui

DI ZOHEIR Fatima
CARDIOLOGUE
Dr. Ibrahim Roudani
Casablanca
Maârif

(S.V)



6 118001 130268
COSYREL 5mg/5mg - O
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

PRINTED IN FRANCE



6 118001 130268
COSYREL 5mg/5mg - O
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

ID : 644648
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 248,00 DH
6 118001 141104

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 278,00 DH
6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 278,00 DH
6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 278,00 DH
6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 278,00 DH
6 118001 082018

6 118001 130268
COSYREL 5mg/5mg - O
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

LOT: 302
PER: JAN 2023
PPV: 80 DH 00

PPC:45.00 DH
LOT: CB00409
EXP:07/2022

UT.AV : 12 20 20
LOT N° : 1285692 89,20

UT.AV : 03 20 20
LOT N° : 1288826 89,20

UT.AV : 03 20 20
LOT N° : 1288826 89,20

UT.AV : 03 20 20
LOT N° : 1289086 89,20

LOT : 200179
UT AV: 01/2023
PPV: 57,80 DH

LOT : 200179
UT AV: 01/2023
PPV: 57,80 DH

LOT : 200179
UT AV: 01/2023
PPV: 57,80 DH

Duzine, Driss

ID:

D-naiss

ans,

06-Oct-2020 15:57:35

Fréq. Card. 70 BPM
Int PR 181 ms
Dur.QRS 99 ms
QT/QTc 370/390 ms
Axes P-R-T 18 -27 -3

RYTHME SINUSAL

HVG ET MODIFICATIONS (ANOMALIES) DU SEGMENT ST [GRANDE ONDE R EN aVL OU V5, GRANDE ONDE S EN V1, GRANDE ONDE R EN V5/V6 ET GRANDE ONDE S EN V1 ET SOUS DECALAGE DE ST EN V5/V6] INFARCTUS INFÉRIEUR [ONDE Q DE NECROSE DE 40 ms EN D2/D3/aVF], D'ANCIENNETE INDETERMINÉE AVEC POSSIBILITÉ D'EXTENSION DANS LE TERRITOIRE POSTERIEUR [GRANDE ONDE R EN V1/V2]
ECG ANORMAL
INTERPRETATION BASEE PAR DEFAUT POUR PATIENT AGE DE 40 ANNÉE

Non confirmé

