

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.

Biologie 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.

Prothèse 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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

N° P19- 049530/1430

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

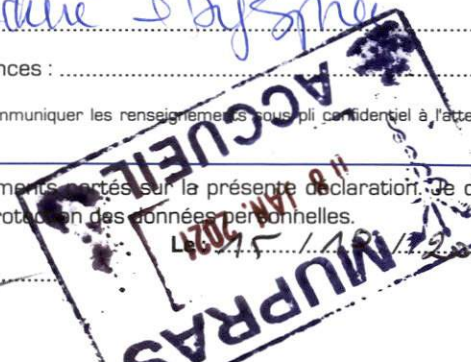
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1430 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ENNASR BENDAOU
Date de naissance : 31/12/1953
Adresse : 17 LOTISSEMENT ARD ELKABIR BOULEVARD
ABDELHADI BOUTALEB CASABLANCA
Tél. : 0661321202 Total des frais engagés : 1013,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 15/10/2020
Nom et prénom du malade : TAKHI AZIZ Age: 63
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA, diabète, dyslipémie
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
Signature de l'adhérent(e) :
Date : 15/10/2020



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
10/11/2020	3 + 16		300 DH	<p>Dr. SEUR DE SOULA</p> <p>356, Rue Mustafa El Maani</p> <p>0522221884 / 0522261337</p> <p>665146996 - CAS</p>
20/11/2020	1 EU			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

15/10/2020

713,30

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 :

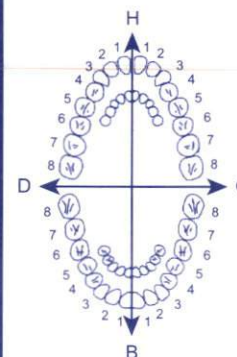
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

00000000 00000000

35533411 11433553

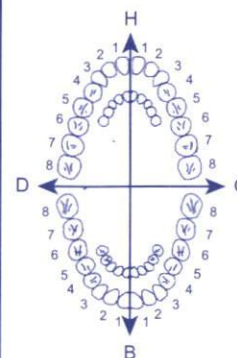
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter

الدكتور سعد السامي

أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان



Patient :

Casablanca, le

140,00 x2 = 280,00
ANCRIMB 50



70,00 x3 = 210,00
Cervasbe



53.10 1 ylo su

Relakor



Pharmacie El Maâni
1, Bd. Oum Kalthoum Oudja - Tél. : 05 22 26 13 36 - Casablanca

Dr. Saad SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Maâni
CASABLANCA
Tél.: 0522 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence: 06 65 14 69 96

356. زنقة موطاني المعاني (قرب زنقة أكادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail : cabinetssoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence: 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

79.70

Zithromax



40.90 19 x 2

ZINATKene



49,60 19 de

D - cure fl



sup 120

= 713.30

Pharmacie d'Hay El Matari
1, Bd. Queen Rania Oufia - Tel.: 03 20 26 - Casablanca

Dr. Saad SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Maani
CASABLANCA
Tel.: 0522 22 18 84/0522 26 13 36

اسماء بنت ابی بکر



(سوال نمبر ۱۰)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ZINASKIN®

PPV 40DH90

EXP 10/2023
LOT 00056 27

LOT 00056 27

ANGINIB[®] 50mg

Losartan

56 Comprimés pelliculés

LOT : 241
PER : AUT 2023
PPV : 140 DH 00



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

ANGINIB[®] 50mg

Losartan

56 Comprimés pelliculés

LOT : 241
PER : AUT 2023
PPV : 140 DH 00



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

3 أمبولات للشرب

د-كير® قوي

كوليكا السيفيرون 100 000 وحدة دولية
فيتامين D3



Solution huileuse buvable

محلول زيتي للشرب

Fabriqué par : **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.

39 rue du Parc Industriel,

B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.



Rembourable

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E25
EXP: 05/2023

12

CIVASTINE®

Simvastatine

10 mg

bottu_{1/1}

b

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 70DH00

PER: 06/22

LOT: J1710

70,00



28 Comprimés
pelliculés

Voie orale

CIVASTINE®
Simvastatine

10 mg



CIVASTINE®

Simvastatine

10 mg

bottu_{1/1}

b

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 70DH00

PER: 06/22

LOT: J1710

70,00



28 comprimés
pelliculés

Voie orale

CIVASTINE®
Simvastatine

10 mg



CIVASTINE®

Simvastatine

10 mg

bottu_{1/1}

b

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 70DH00

PER: 06/22

LOT: J1710

70,00



28 Comprimés
pelliculés

Voie orale

CIVASTINE®
Simvastatine

10 mg



Pfizer

زيتروماكس
أزيتروميسين



3 أقراص / 500 mg

ZITHROMAX 500 mg ○

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 1 2 2 0 1

P.P.V.

7 9 7 0

LOT N° : 1 2 8 5 3 8 7

79,70

09366030/4



رولاكسول® 500 ملغ/2ملغ

باراسيتامول/ثيوكولشيكونيد

20 قرصا

عن طريق الفم

Relaxol 500mg/2mg

احترم المبادئ المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

PER.:03 2023

LOT :20E015

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20



P.P.V :53DH10

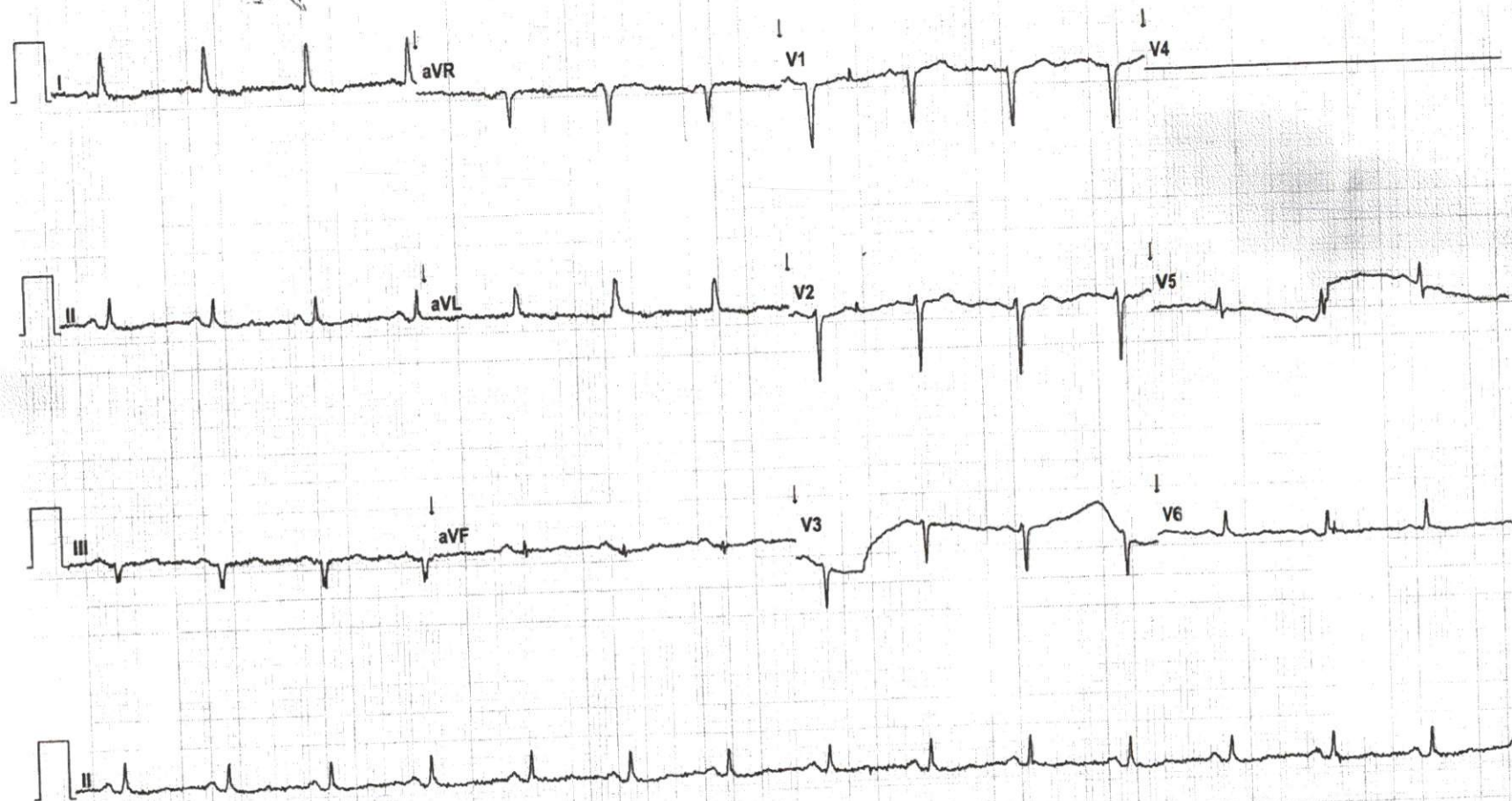


RELAXOL + GROSSESSE = INTERDIT

Ne pas utiliser chez l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans contraception efficace ; la femme enceinte.

Comment:

Revu par _____



Site # 0 Cart # 0 ELI Link 4.11.6.0 Sequence # 44969 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz