

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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

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

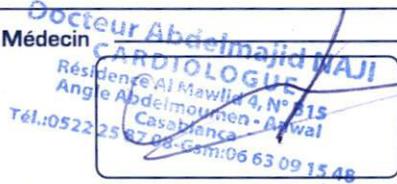
N° P19-0039418

Maladie Dentaire Optique **56734** Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5232** Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : **ELZAHER ALI**
 Date de naissance : **01.01.1948**
 Adresse : **Boulevard Rue 52 N° 15 CRA**
 Tél. : **06.20493982** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : **05/01/2021**
 Nom et prénom du malade : **ELZAHER ALI** Age:
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : **HTA**
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) : 

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
05.01.2014	C2 tctb		3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/01/2014	200,00 DJ

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05/01/2014		

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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"/>																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th colspan="2"></th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="4">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D			G	00000000	00000000	35533411	11433553	B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																					
	25533412	21433552	00000000	00000000																				
	D			G																				
	00000000	00000000	35533411	11433553																				
B																								
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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

Docteur Abdelmajid NAJI

Lauréat de l'Université de Bordeaux (France)

Maladies du Coeur et des Vaisseaux

- Hypertension Artérielle
- Exporations Cardio - Vasculaires
- (Echocardiographie doppler
- Epreuve d'Effort - Holter)



الدكتور عبد المجيد ناجي

خريج جامعة بوردو (فرنسا)

إختصاصي في أمراض القلب والشرايين

والضغط الدموي

فحوصات القلب والأوعية الدموية

(الصدى الالى - الهولتر)

05-01-2021

AN ECGHAR ACE

Micardis plus 80

20000



15 jui-

20018



HA 3m02

Docteur Abdelmajid NAJI
CARDIOLOGUE
Résidence Al Mawlid 4, N° B15
Angle Abdelmoumen - Anwal
Casablanca
Tél.: 05 22 25 87 08 - GSM: 06 63 09 15 48

إقامة المولد IV رقم B15 زاوية شارع عبد المؤمن أنوال - 20340 - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 25 87 08 - النقال: 06 63 09 15 48

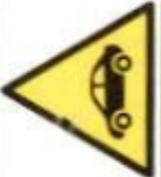
Résidence Al Mawlid IV N° B 15 - 1^{er} étage - Angle Abdelmoumen, Anwal - 20340 Casablanca

Tél.: 05 22 25 87 08 - GSM: 06 63 09 15 48 - E-mail: drnaji55@gmail.com

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب التقيد بالماقادير الموصوفة

Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

كن حذرا
تجنب القيادة قبل
قراءة النشرة



NIVEAU 1



MICARDIS 80mg 
(Telmisartan)
28 comprimés

BOTTU S.A.

156401

PPV : 200 DH 00

Docteur Abdelmajid NAJI

Lauréat de l'Université de Bordeaux (France)

Maladies du Coeur et des Vaisseaux

Hypertension Artérielle

Exporations Cardio - Vasculaires

(Echocardiographie doppler

Epreuve d'Effort - Holter)



OSV-
الدكتور عبد المجيد ناجي

خريج جامعة بوردو (فرنسا)

إختصاصي في أمراض القلب والشرايين

والضغط الدموي

فحوصات القلب والأوعية الدموية

(الصدى الالى - الهولتر)

605.01 2021

M^r EZZAHIR Ali

offre un thoraxique
stimulus retrosternal -

TDM thoracique



Docteur Abdelmajid NAJI
CARDIOLOGUE

Résidence Al Mawlid 4, N° B15
Angle Abdelmoumen - Anwal
Casablanca -
Tél.: 05 22 25 87 08 - Gsm: 06 63 09 15 48

إقامة المولد IV رقم B15 زاوية شارع عبد المومن أنوال - 20340 - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 25 87 08 - النقال: 06 63 09 15 48

Résidence Al Mawlid IV N° B 15 - 1^{er} étage - Angle Abdelmoumen, Anwal - 20340 Casablanca

Tél.: 05 22 25 87 08 - GSM : 06 63 09 15 48 - E-mail : drnaji55@gmail.com



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghalef

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 06/01/2021

Patient (e) : EZZAHER ALI

TDM THORACIQUE

TECHNIQUE

Examen réalisé sans injection de produit de contraste.

RESULTAT

Loges médiastinales libres

Absence d'anomalies parenchymateuses décelables en particulier absence de foyer de verre dépoli

Absence d'épanchement pleural.

CONCLUSION

Absence d'anomalies décelables sur ce bilan.

I.R.M
(1.5 Tesla)

Scanner
(Corps Entier)

Radiologie
Numérique

Echo-Doppler
(Couleur)

DR CHERKAOUI AICHA

Dr. CHERKAOUI AÏCHA
MEDECIN RADIOLOGUE
I.F: 18798652



19

N° IPP : 798199	N° SEJOUR : 210001284	FACTURE N° 2103000196		DATE D'ENTREE : 06/01/2021	DATE DE SORTIE : 06/01/2021
ASSURE :				DESTINATAIRE : EZZAHER,Ali	
MALADE : EZZAHER,Ali		UF: 5003 RADIOLOGIE			
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :			
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :			
TIERS PAYANT 2 :					
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :			

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE										
TDM	TDM	1.00	1000.00	1000.00					0.00	1000.00

Intervenant : 12092016 DR CHERKAOUI OMARI AICHA RADIOLOGUE TOTAUX : 1000.00 1000.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
 MILLE

PLAFOND PC :		ACOMPTE :	
REMISE :	0.00	REGLE :	1000.00
RESTE DU :	0.00	AVOIR :	

DATE FACTURE : 06/01/2021 EDITEE LE : 06/01/2021 PAR: SYBAI

VISA

ACCIDENT DE TRAVAIL :

N° DE POLICE : DATE AT :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
 BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA
 N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31

