

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 rééducation.
- 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-585659

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2362 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Naji ABDESSAMAD

Date de naissance : 01/03/1952

Adresse : 123 DES SEKRI Rue Abou EL WAQT

Bouygasse

Tél. : 0664368870 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Naji ABDESSAMAD Age :

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

Nature de la maladie : Embolie pulmonaire

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 : 29/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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.

MUPRAS AS : 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

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
29 JAN 2021	S = 29	3090		INP : 0911413356

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

29/01/2021

4004,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le patient a été informé par la fourniture de tous les documents de la Mutuelle.

LABORATOIRES SOTHEMA

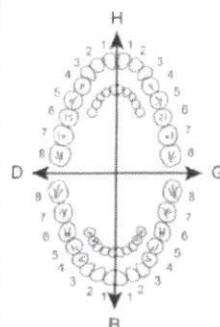
P.P.V. : 101.80 DH

EXP 04 2022

Tenir hors de la portée de

LOT: 12820011
PER: 07/2023
PPV: 79,50 DH

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

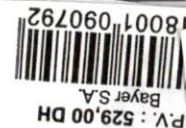
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



LOT: H2670-1
PER: 08/21
PPV: 950H50



LOT: H2670-1
PER: 08/21
PPV: 950H50



LOT: H2670-1
PER: 08/21
PPV: 950H50



LOT: H2670-1
PER: 08/21
PPV: 950H50

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
14 cps
P.P.V. : 529,00
Bayer S.A.
6 118001 090

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
14 cps
P.P.V. : 529,00 DH
Bayer S.A.
6 118001 090792

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
14 cps
P.P.V. : 529,00 DH
Bayer S.A.
6 118001 090792

PPV : 95DH50
PER : 08/21
LOT : H2670-1

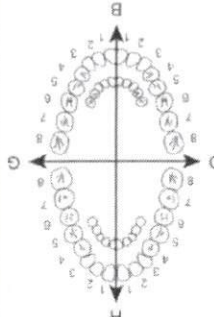
VISA ET CACHET DU PRATICIEN

COEFFICIENT DES TRAVAUX		COEFFICIENT DES SOINS		DATE DU DEVIS		DATE DE L'EXECUTION	

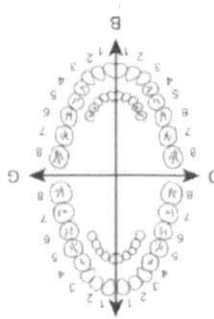
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G	D	B
2553412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000

(Création, remonte, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession



O.D.F



PROTHESES DENTAIRES

LOT: 12820011
PER: 07/2023
PPV: 79,50 DH
Tenir hors de la portée et

LOT 200555 1.
EXP 04 2022
P.P.V : 101.80 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

202349, 1
10 2022
101,80
100,80

Il est entendu que l'adhérent s'engage à fournir par la fourniture de tous les produits et services nécessaires à la réalisation de son traitement dentaire.

VOLET ADHERENT

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur		Date		Montant de la Facture	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Natures des Actes		Coefficient		Montant détaillé des Honoraires		Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

INP : 09/04/2023

29 JAN 2023

Dr. Houda MOUAD Ep GAOUÏ
CARDIOLOGUE

Diplôme de spécialité de la faculté de médecine de Rabat
Ancien médecin des CHU de Paris et Montpellier
Diplôme d'échocardiographie doppler de l'université
de Bordeaux

Diplôme d'IRM cardiaque de l'université de Bordeaux
Diplôme d'hypertension artérielle de l'université de Strasbourg
Certificat d'étude en cardiologie de sport de l'université
de Bordeaux

الدكتورة هدى معاد گاوي

أخصائية أمراض القلب والشرابين



خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط
طبيبة سابقة بمستشفيات باريس و موندبييه
دبلوم فحص القلب بالصدى و الدوبلر من
جامعة بوردو

دبلوم الرنين المغناطيسي للقلب من جامعة بوردو
دبلوم ارتفاع الضغط من جامعة ستراسبورغ
شهادة دراسية في الطب الرياضي تخصص القلب
من جامعة بوردو

Ordonnance

29 JAN, 2021

Mr Ng'i Abdessamad

529,00 x 6

Xarelto 20 1 cpl

101,80 x 3 Inopril 4mg 1 cpl

95,10 x 3 Pragaost 20 1 cpl

79,50 x 3 Terarozine Nouv Sang 1 cpl

4804,40



LOT: 12820011
PER: 07/2023
PPU: 79,50 DH
Tenir hors de la portée et de

LOT: 12820008
PER: 04/2023
PPU: 79,50 DH
hors de la portée et de

Dr. Houda MOUAD GAOUÏ
Cardiologue
187, Bd Abdelmoumen, Espace Walili, N°8, 2ème Etage, au dessus de la Banque Populaire (En face de la station Tramway Faculté de médecine)
Tél: 05 22 48 22 48 / GSM: 06 61 46 02 33 / Email: dr.cardio.hmg@gmail.com