

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

- Reclamation : 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.

ND 109961

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1616		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KARIM Nohamed			
Date de naissance : 01/01/1953			
Adresse : Lot NASSIM N° 304 Rue NASSIM Casablanca			
Tél. : 06 68 21 72 16		Total des frais engagés :	
Dhs			

Authorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 21/01/2022	
Nom et prénom du malade : KARIM Nohamed Age :	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : DVC négatif 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 : Casablanca

Le : 21/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
21/11/2022	St	500	300,-	INP : 09112022 LLAOUI M'hamed Cardiologue 06-54030380 06-54030380

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE H2O DU DR. AL BADRY 326, Lot. NASSIM, Quartier NASSIM MA-20190 CASABLANCA Tél/Fax: 05.22.89.05.00 www.ph2o.ma	21/01/22	1465,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaires, 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">—————</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>			H		G		D			G			B		25533412	21433552	00000000	00000000	—————		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H		G																								
D			G																							
		B																								
25533412	21433552																									
00000000	00000000																									
—————																										
00000000	00000000																									
35533411	11433553																									
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																						
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						



مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس
CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis
 Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle
 Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique
Coro-Scanner / 128 barrettes

Le 23/03/2022

الدكتور محمد علاوي
Dr. Mohamed ALLAOUI
CARDIOLOGUE
 DES de Cardiologie
 et
 Pathologie Vasculaire
 de la Faculté
 de
 Médecine de PARIS
 Ancien Interne
 des
 Hôpitaux de NANCY
 Membre de la Société
 Française de Cardiologie

M^{me} Kairim Mohamed

S.V.

$$270 \times 3 = 810$$

3) Coptavix 45/300 mg: 3x1/j le matin

S.V.

$$53 \times 3 = 159$$

4) Dipicer 5 mg: 3x1/j le matin

S.V.

$$37 \times 3 = 111$$

3) Bisacard 2,5 mg: 3x1/j le matin

S.V.

$$34,60 \times 3 = 103,80$$

4) Lirelix 40 mg: 3x1/j/sep - 0

S.V.

$$99 \times 1$$

5) Juvatonus (ampoules buvables):

S.V.

3x1/j le matin (03 boute).

$$99 \times 1$$

6) Sedès 20 mg: 3x1/j le matin

S.V.

$$84 \times 1$$

7) Nuvax (enrap): 3x5x2/j (03 boute)



Je 1465,80

III de 03 mois

Dr. Mohamed ALLAOUI
Cardiologue

20, Rue France Ville - Oasis
 Casa - Tel: 0522 98 07 06

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE

CASA OASIS

20 Rue de France Ville Oasis-Casa

0522 98 07 06-Fax: 0522 98 83 25



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâa Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V: 270,00 DH
6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâa Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V: 270,00 DH
6 118001 082018

5 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâa Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V: 270,00 DH
6 118001 082018

200 ml

Thérapharm
LABORATOIRES



8 032578 475197

Lot: 210440

A consommer
avant le: 07/2024

PPC: 84,00 DH

ABORATOIRES
Thérapharm

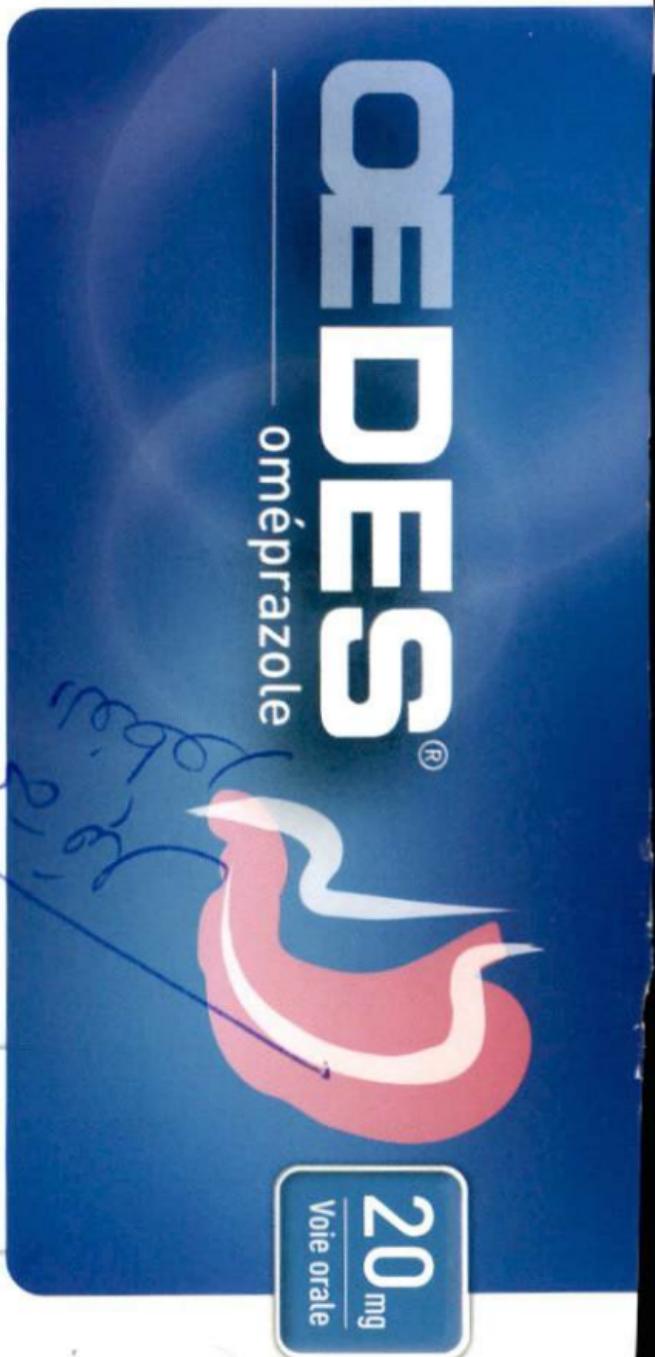
LOT 210585
EXP 12/2023
PPV 99.00DH



Microgranules gastrorésistants en gélules

28 x


COOPER
PHARMA



FR

Pour 1 ampoule de 10 ml

Extrait de GINSENG	90 mg
Extrait de MATE	67 mg soit 14 mg de caféine
Extrait de GUARANA	130 mg

Conseils d'utilisation :

Diluer le contenu de l'ampoule dans un verre d'eau ou de jus de fruit. Prendre 1 ampoule par jour (10 ml) le matin, pendant 10 jours.

Un légèr dépôt peut apparaître dans l'ampoule.

Teneur en caféine : 15 mg par ampoule.

ans et aux femmes enceintes ou allaitantes.

21084 0224

LOT PER

Prix

99.00

EN

For 1 vial of 10 ml

GINSENG extract	90 mg
MATE extract	67 mg i.e. 14 mg
GUARANA extract	130 mg of caffeine

Instructions for use:

Dilute the content of the vial in a glass of water or fruit juice. Take 1 vial per day, preferably in the morning, for 20 days during times of stress or for 10 days to stay in shape. A slight deposit is normal. Shake the vial vigorously before use.

High caffeine content (14mg/vial), not recommended for children under 15 years old and pregnant or nursing mothers.

JUVATONUS

GINSENG TONUS

VIALS

PHYSICAL AND INTELLECTUAL TONIC

Alcohol free
Preservatives free
Colouring agents free
Gluten free

Ginseng

Mate

Guarana

100%
natural
origin

1 a day

10 DAYS PROGRAM

LABORATOIRES
JUVA SANTE

0

2,5
مٌلٌ

30
لـ ٣٠ ملليلتر
لـ ٣٠ ملليلتر

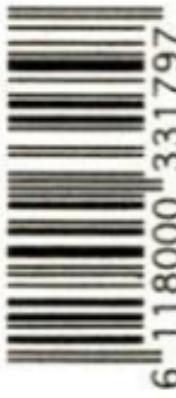
بِيزُوكارد®

بِيُومَارَاتِ الْبِيسُوبِرُولُول

عن طريق الفم

Bisocard® 2,5 mg

Fumarate de Bisopropiolo
30 Comprimés pelliculés sécables



37,00



0

2,5
مٌلٌ

30
لـ ٣٠ ملليلتر
لـ ٣٠ ملليلتر

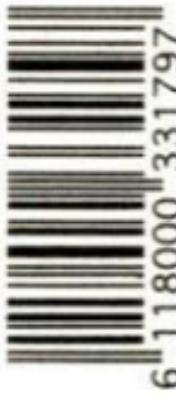
بِيزُوكارد®

بِيُومَارَاتِ الْبِيسُوبِرُولُول

عن طريق الفم

Bisocard® 2,5 mg

Fumarate de Bisopropiolo
30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 331797

37,00



0

2,5
مٌلٌ

30
لـ ٣٠ ملليلتر
لـ ٣٠ ملليلتر

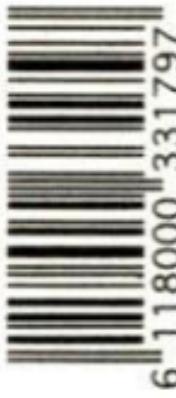
بِيزُوكارد®

بِيُومَارَاتِ الْبِيسُوبِرُولُول

عن طريق الفم

Bisocard® 2,5 mg

Fumarate de Bisopropiolo
30 Comprimés pelliculés sécables



37,00



جنيه كور 5 مبلغ

أصل

دبيين

53,00



فروع 30



A F R I C - P H A R

عن طريق الفن



مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس
CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis
Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle
Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique
Coro-Scanner / 128 barrettes

Casablanca, le 21 Janvier 2022

Mr KARIM Mohamed

FACTURE N° 000289/2022

Date	Désignation	QT	Montant
21/01/2022	Consultation Cardiologique+ECG	1	300,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
			300,00

Arrêtée la présent facture à la somme de :
Trois Cents Dirhams (300,00 dhs)

Dr. ALLAOUI Mohamed
Cardiologue
20, Rue de France Ville - Oasis - Casa
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
CASA - OASIS
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25
20, Rue de France Ville - Oasis - Casa

Id :

KARIN

Indéfini --- (---) Indéfini

Taille :-- cm Poids :-- kg TA :0/0 mmHg

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

Dr ALLAOUI Mohamed
Cardiologue
20, Rue de France Ville Oasis - Casablanca
Tel: 0522 98 81 87
Fax: 0522 98 83 21

21/01/2022 11:36:46

FC: 63 bpm

PR: --- ms

QRS: 154 ms

QT/QTcH: 440/445 ms

QTcB: 451 ms

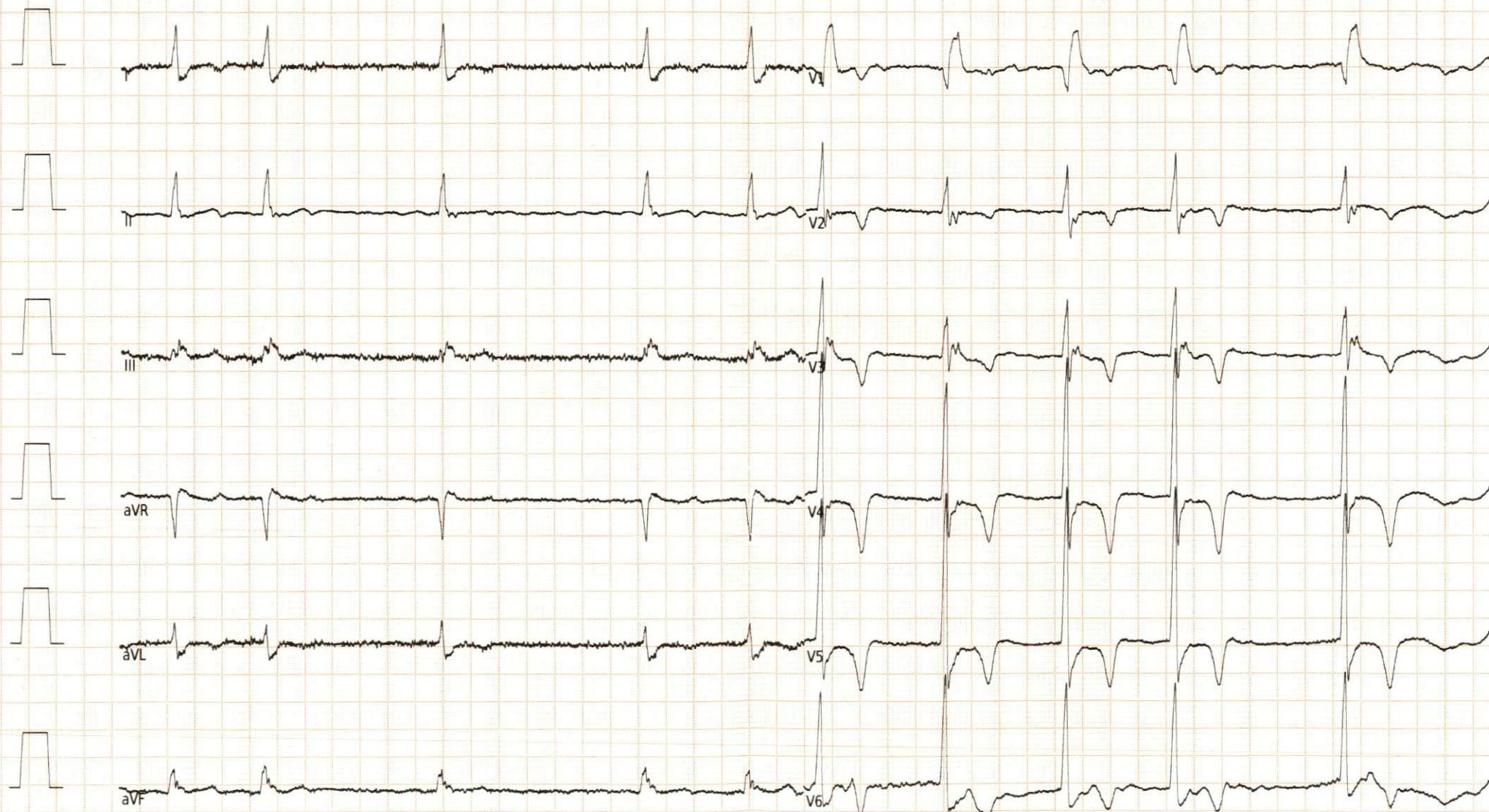
QTcF: 447 ms

R_{V5-6}/S_{V1} : 2.74/--- mV

Sok-Lyon : 2.74 mV

Axe: ---/50/123 °

RAPPORT NON CONFIRMÉ



Dép. :

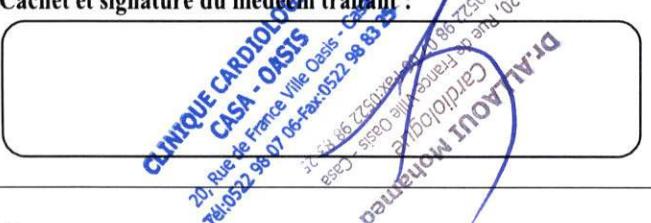
25mm/s 10mm/mV LP:300Hz AC:50Hz Cardioline ECG200+ v.2.16.11852

CARDIOLINE

70.337

66010052

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	KARIM Mohamed
Matricule :	1646
N° CIN :	
Adresse :	lot NASRIM N° 504 Hay NASRIM Casablanca
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : CARDILOGIQUE
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	KARIM Mohamed
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input checked="" type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie
Longue durée	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
AVC ischémique HTA	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Casablanca le 21/01/2022	
Cachet et signature du médecin traitant :	
 <p>CLINIQUE CARDIOLOGIQUE CASA - OASIS 20, Rue de France Ville Oasis Tél: 0522-98-07-06 Fax: 0522-98-07-06 Email: info@cliniquecardiologique-casa.com</p>	

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées