

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.

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° M21- 061736

105846

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07587 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ARRIS ECHMASIFA

Date de naissance : 01.01.59

Adresse : 3 AVENUE AL MASSIRA AZEMMON

Tél. : 061336911 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01 FEB 2022

Nom et prénom du malade : M. ARRIS ECHMASIFA

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

Nature de la maladie : I - Coronaropathie

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
01 FEB. 2022	C2 ECC		3.000,00	

[Faint blue stamp at bottom right]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE EL YOSSI</p> <p>Dr. Hanane EL MALEH - Pharmacienne</p> <p>Douar Takouroute Sidi Ali Ben Hamidouche</p> <p>Azemineur - Route de La Plage - Par Cassi</p> <p>Tel : 05 23 37 64 20</p>	01/02/2022	980140

[illegible]

[illegible]

Year	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
2	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
3	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
4	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
6	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
7	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
8	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
11	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
12	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
13	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
14	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
15	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
16	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
17	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
18	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
19	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
20	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
21	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
22	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
23	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
24	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
25	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
26	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
27	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
28	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
29	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
30	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
31	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
32	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
33	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
34	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
35	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
36	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
37	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
38	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
39	10	10	10	10	10						

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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

ODE	DETERMINATION DU COEFFICIENT	
-----	------------------------------	--

U.D.F.	DETERMINATION DU COEFFICIENT
PROTHESES DENTAIRES	MASTICATOIRE

PROTHÈSES DENTAIRES	MASTICATOIRE	COEFFICIENT
	U	

DES TRAVAUX

25533412	21433552	
00000000	00000000	

$$D \begin{array}{c} \text{.....} \\ \text{.....} \\ \text{.....} \end{array} \begin{array}{c} \text{.....} \\ \text{.....} \\ \text{.....} \end{array} G$$

H	00000000	00000000	
▲	35533411	11433553	

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Docteur M. SOUALY

Cardiologue

Diplômée de la Faculté de Paris



الدكتورة م. اسوالي

اختصاصية في أمراض القلب

خريجة جامعة باريس

Echo - doppler Cardiaque - Holter TA - Holter Rythmique - ECG Effort

Casablanca, le

01 FEB. 2022

M^r ARRAS

EC MOST & FR

92.00

- Coussinet 5

35.70

- Kaouar 100 g

89.70

- Cardone 20

261.00

- Cestel 200 g

402.00

- Ezelet 200 g

780.40

SV

SV

SV

SV

SV

PHARMACIE EL YOSSR
Dr. Hanane EL MALEH - Pharmacienne
Douar Takourant Sidi Ali Ben Harrouche Km 9
Azemmour - Route de La Plage - Par Casa
Tél : 05 23 37 64 20

100 Eau
100 Menta
100 Vodka

PHARMACIE EL YOSSR
Dr. Hanane EL MALEH - Pharmacienne
Douar Takourant Sidi Ali Ben Harrouche Km 9
Azemmour - Route de La Plage - Par Casa
Tél : 05 23 37 64 20

الدكتورة م. اسوالي
Docteur SOUALY, M.
Cardiologue

Sur Rendez-vous

Angle Bd Abdelhadi Boutaleb & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal B

N° 10, 1er Etage Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 0522 91 31 38 - GSM : 06 61 41 19 66

LOT : 21E004
PER : 10/2022

KARDEGIC 160MG
SACHETS 830

P.P.V : 35DH70



Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 20mg cp peli b30
P.P.V : 261,00 DH



89,70

92,00



EZETROL® 10 mg 28 comprimés
ézétimibe
comprimé

Titulaire d'AMM
MSD France
34 avenue Léonard de Vinci
92400 Courbevoie

6 118001 160112
EZETROL® 10 mg.

Boîte de 28 comprimés.

P.P.V : 402,00 DH

Distribué par MSD MAROC

B.P. 136 – BOUSKOURA

AMM 252/12DMP/21/NRS

74774/310314-1

Nom: ARRIAS ELMOSTAFA

Date de naissance: 01/01/1959

Sexe: Masculin

Poids: -

Taille: -

Identifiant: 10501N°4

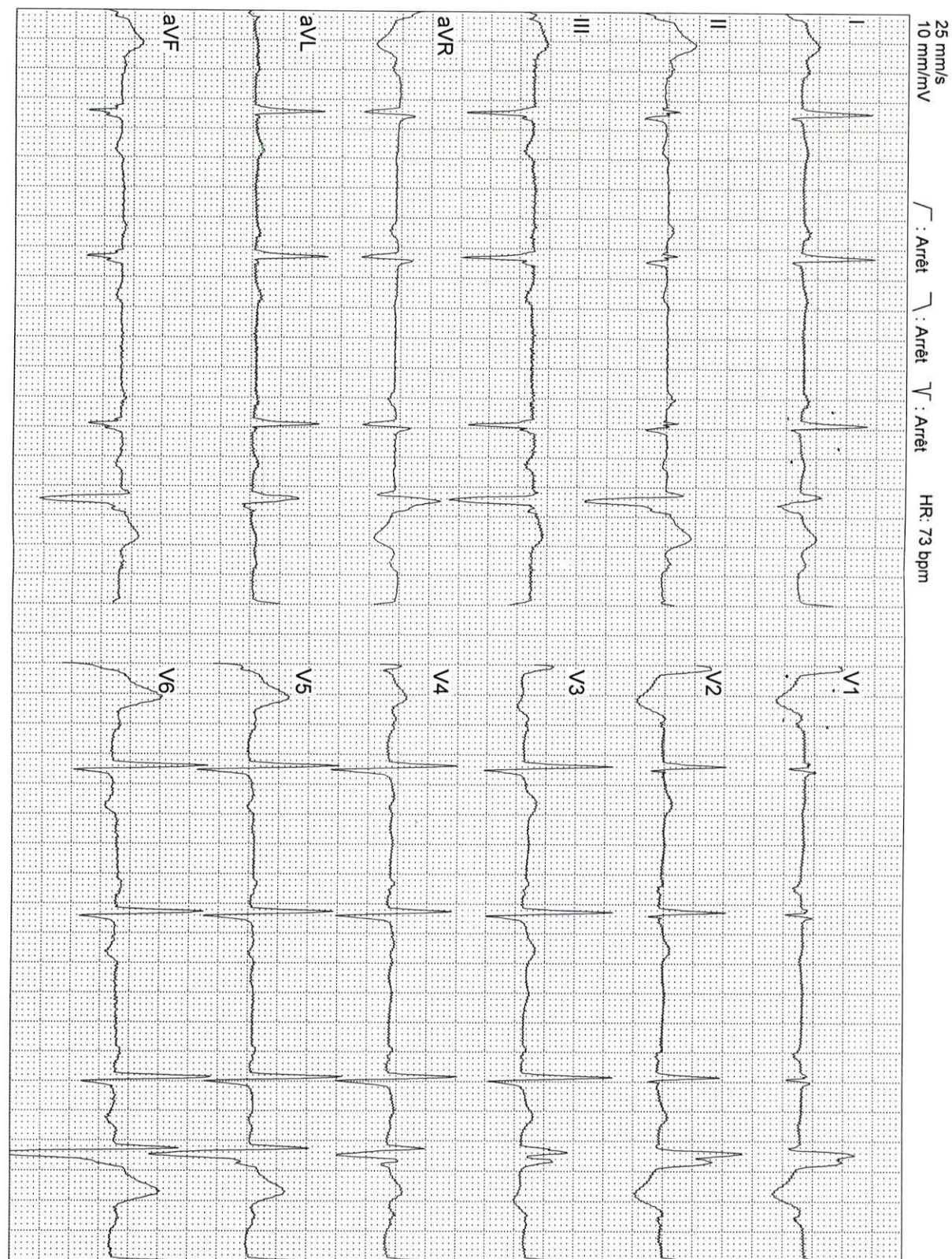
Médecin: CARDIO SOUALY M

Raison sociale:

Téléphone:

Temps d'enregistrement: 01/02/2022 14:51:37

1/1



Nom: ARRIAS ELMOSTAFA
Date de naissance: 01/01/1959
Sexe: Masculin
Poids: -
Taille: -

Identifiant: 10501N°4
Médecin: CARDIO SOUALY M
Raison sociale:
Téléphone:
Temps d'enregistrement: 01/02/2022 14:52:59

1/1

25 mm/s
10 mm/mV

⏏ : Arrêt ⏏ : Arrêt ⏏ : Marche HR: 72 bpm

