

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-694864



Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Société :

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Société :

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Société :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age : Ans

Enfant

Nature de la maladie :

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) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des travaux

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Montant des soins
	H	
D	25533412 21433552	
	00000000 00000000	
	00000000 00000000	
	35533411 11433553	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-393499	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle



W18-393499

DATE DE DEPOT

/201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 1507

Nom & Prénom : MESSAOUDI HALIMA SAADIA

Fonction : Retraitee Phones. 0671829641

Mail

MEDECIN Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age 76 Date 07.03.2022

Nature de la maladie HTA Date 1ère visite

HTA 05/12/2011

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
07/03	C2	300,00
2022	TECO	

PHARMACIE Date 07/3/22

Montant de la facture

PHARMACIE WATO
153, Rue Habacha
(Bd Day Ould Sidi Baba)

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date 05/22/25 13:07

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

AM	PC	IM	IV	Nombre	Montant détaillé des Honoraires

DR. EL KAFI CARDIOLOGUE
82, Rue Habacha Casablanca
Télé : 05 22 93 72 31
Fax : 05 22 93 72 31
Tél : 05 22 93 72 31
INPE : 05 22 93 72 31
Tél : 05 22 93 72 31
Ahmed
blanca

587,40

mgz

Docteur Ahmed EL KIFANI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Limoges

Ancien Assistant des Hôpitaux de FRANCE

SPECIALISTE DES MALADIES DU COEUR

ET DES VAISSEAUX

82, Rue Soumaya Angle Bd . Abdelmoumen

(Immeuble RENAULT) Casablanca

Tel: 05 22 98 72 37 / 05 22 25 26 19



الدكتور احمد الكيفاني

اختصاصي في أمراض القلب و الدورة الدموية

خريج كلية الطب بليموج

82، زنقة سمية - شارع عبد المؤمن

(عمارة رونو) - الدار البيضاء

Tel: 05 22 98 72 37 / 05 22 25 26 19

Sur Rendez-vous

بالموعد

Casablanca, le

07/03/2022 الدار البيضاء في

Mme MESSAOUDI HALIMA TAADIA

→ Régime pour faire

3x 120,00

→ IRNEL 150mg le matin

49,40

→ Amlop 5mg le midi

2x 89,00

→ Siamide 100mg ZQH

→ Sirvadol 400mg

587,40

49,40

RAKMACIE WATO
153, Rue Habacha
(Bd Day Ould Sidi Baba)
Dar Ghellaf - Casablanca
Tel. 0522 25 16 07

89,00

RAKMACIE WATO
153, Rue Habacha
(Bd Day Ould Sidi Baba)
Dar Ghellaf - Casablanca
Tel. 0522 25 16 07

Dr. EL KIFANI Ahmed
CARDIOLOGUE
82, Rue Soumaya - Casablanca
Tel.: 05 22 98 72 37
ICE: 001748483000083
INPE: 091056705

LISTE I : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Enfant 2 ans et plus : 1/2 g

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Adulte : 2 g/jour | 1/2 g/jour

60 Comprimés à libération **M**odifiée

DAMIGRON 30 mg Gliclazide

06,89

501214c

120,00



501214c

120,00



501214c

120,00



ID: MESSAOUDI
MESSAOUDI, HALIMA SAADIA
FEMME 01/04/1946 (75 ANS) CAUCASIEN
TAILLE: --- cm POIDS: --- kg TA: ---/-/
TRAITEMENT:
OPÉRATEUR:
NOTES:

TA = 140 mmHg
75

07/03/2022 11:58
FC: 72 bpm
PR: 136 ms
QRSd: 72 ms
QT/QTC: 398/419 ms
QTcb: 435 ms
QTcf: 422 ms
R v5-6 /S v1 1.67/0.76 mV
Sok-Lyon: 2.43 mV
AXES: 21/32/62 °
confirmé

Dr. HASSAN SIWAL
Dr. EL KAFANI Ahmed
ECG de MESSAOUDI

Dr. EL KAFANI Ahmed
ECG de MESSAOUDI
82, Rue Sidi Sabra - Casablanca
T: 0652987234
M: 06178483000083
P: 091056705

