

# COMMANDEMENTS IMPORTANTS A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ns générales :

Cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.  
Cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.  
Validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.  
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.

In 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.

## Éducation :

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.

**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° M21-0030925

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : ..... **112633**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : **ASSAN Khadija Veuve TAHI Ahmed**

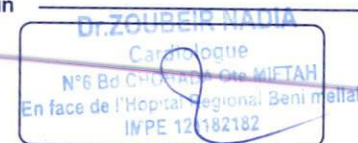
Date de naissance : **1950**

Adresse : **82 HAY ELMASSIRA Bejaia**

Tél. : **0610301898** Total des frais engagés : **315,87** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **29/03/2022**

Nom et prénom du malade : **ASSAN KHADIJA** 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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
09/03				
22/2	CS		250,00 2x1	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE CHIFA</b> Dr Rachid KSIRI 7, Avenue Hassan II Hay El Massira Tél : 76 15 23 41 49 52 <b>INP:</b> 063018081	29 03 22	65,80

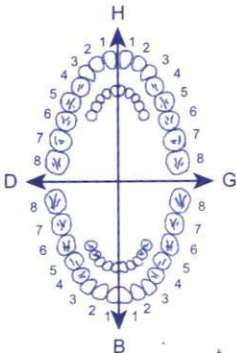
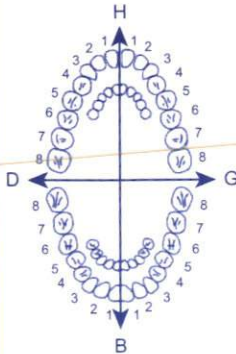
[illegible]

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 :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bil

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION		
			FIN D'EXECUTION		
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div>D<div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div>B</div><div>G</div></div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
		<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Docteur ZOUBEIR Nadia

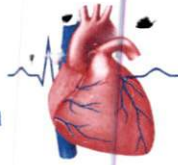
Cardiologue

Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

Ancien interne à l'hôpital la Timone Marseille France

Diplômée d'échocardiographie de l'université de Bordeaux France

Ancien cardiologue à l'hôpital régional Béni Mellal



## الدكتورة زبير نادية

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي بمرسيليا (فرنسا)

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى بجامعة بوردو (فرنسا)

اختصاصية سابقا بمصلحة القلب والشرايين بالمستشفى الجهوي بني ملال

بسم الله الرحمن الرحيم  
Le 29/03/2024

ASSAM

KHADOI JA

30,10

2 - Ende x

28

1.5

PHARMACIE CHIFA  
Dr. Rachid KSIRI  
517 Av Hassan II Hay El Massira  
Rouad - Tel : 05 23 41 49 52

35,70

2 - ALPRAZ 0.5  
1 IPT

(R)

3 - Jwatome  
200

11/03/2024

65,80

رقم 6 شارع الشهداء حي مفتاح أمام الباب الرئيسي للمستشفى الجهوي بني ملال

الهاتف : 07 00 10 00 48 - 05 23 48 41 42



35.70



# LP

# بيرديكس

أنداميد 1.5

30 قرصا ملبسا مديد التحرر

POLYMEDIC

Voie orale.

Mode d'administration, indications et contre-indications :

Voir notice intérieure.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.

dans un endroit sec.

AMM N° 206/19DMP/21/NRQ

عن طريق الفم

طريقة الاستعمال : دوائي و موانع الاستعمال :

الرجوا قراءة النشرة بالداخل.

لا تترك في متناول الأطفال.

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30° د.

بعيدا عن الرطوبة



احترم العقاد بر العبوة

Respecter les doses prescrites

LISTE II

# PERDEX® LP

Indapamide 1,5 mg

30 comprimés pelliculés à Libération Prolongée

POLYMEDIC

30, 10

PERDEX® LP

30 comprimés pelliculés à Libération Prolongée

