

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

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- 0060455

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1962 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Dersi Milouda  
Date de naissance : 01/01/1974  
Adresse : 55 cite salim Bouznika  
Tél : 0675123995 Total des frais engagés : 478,30 + 33 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : DERSI MILAUDA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Hypertension artérielle  
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 : Bouznika Le : 15 / 09 / 2022  
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
02/09/22	0546.01		300	Dr. Mourad OUAZRY Cardiologue 5, Av Hassan II Mohammed II Tél : 05 23 30 04 14

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02.09.2022	1.498,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/09/22	30DH	30DH

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				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																		
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D																		
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	G																		
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARADIO-VASCULAIRES

**Docteur Mourad OUAZRY**  
**CARDIOLOGUE**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Marseille  
Ancien Cardiologue des hôpitaux Militaires du Maroc

5, Bd Hassan II - Mohammedia (à côté de la gare)

Tél: 05.23.30.04.14

Sur Rendez-vous



**الدكتور مراد وزري**

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين  
خريج كلية الطب بمرسيليا (فرنسا)  
ملحق سابقا بالمستشفيات العسكرية بالمغرب

5 شارع الحسن الثاني - المحمدية (قرب محطة القطار) قرب البريد

الهاتف: 05.23.30.04.14

**بالموعد**

Mohammedia, le

02/09/22

المحمدية في

39,90

+3 = 119,70

64,00

x4 = 256,00

53,00

49,60

Dersi Niloula

1) Bisocard 5mg 1cp/j

2) Amlone 50mg 1cp x 2/j

3) Fapivot 5mg 1cp/j scii

6) D Cene forte 1 Amp/j

pour 3 mois

N°4 Hay Oummane - Bouznika  
Tél: 0537 74 55 51

Pharmacie de la Famille  
Dr. EDDAKKECH Hamane  
N°4 Hay Oummane - Bouznika  
Tél: 0537 74 55 51

Dr. Mourad OUAZRY  
Cardiologue  
5, Av Hassan II - Mohammedia  
Tél: 05 23 30 04 14

1 = 1178,30



ANCINE® 50mg  
30 comprimés enrobés



LOT : 405  
PER : 05/23  
PPV : 64,00 DH

DIPICOR® 5 mg  
30 comprimés



LOT : 406  
PER : 12/23  
PPV : 64,00 DH

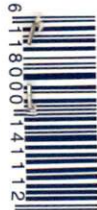
LOT : 406  
PER : 12/23  
PPV : 64,00 DH

ANCINE® 50mg  
30 comprimés enrobés



LOT : 405  
PER : 05/23  
PPV : 64,00 DH

ANCINE® 50mg  
30 comprimés enrobés



Bisocard® 5 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



Bisocard® 5 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



Bisocard® 5 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



39,90

39,90

39,90

39,90

# CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARADIO-VASCULAIRES

**Docteur Mourad OUAZRY**  
**CARDIOLOGUE**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Marseille  
Ancien Cardiologue des hôpitaux Militaires du Maroc

5, Bd Hassan II - Mohammedia (à côté de la gare)

Tél: 05.23.30.04.14

Sur Rendez-vous



**الدكتور مراد وزري**

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين  
خريج كلية الطب بمرسيليا (فرنسا)  
ملحق سابقا بالمستشفيات العسكرية بالمغرب

5 شارع الحسن الثاني - المحمدية (قرب محطة القطار) قرب البريد

الهاتف: 05.23.30.04.14

بالموعد

Mohammedia, le 08/09/22 المحمدية في

Dersi Nilouha

Creatinine

**Dr. Mourad OUAZRY**  
**Cardiologue**

5, Av Hassan II - Mohammedia

Tél : 05 23 30 04 14

LABORATOIRE EL AMA  
DE BIOLOGIE MEDICALE  
5, angle Bd El Fida Bd Abdelhak Senhadj  
CASABLANCA  
Tél : 05 22 82 81 14/78

**LABORATOIRE EL AMAL DE BIOLOGIE MEDICALE**

1, Angle Bd El Fida - Bd Abdellah SENHAJI - Hay El Amal 3, 1er étage

Téléphone : 0522828714 - 0662124228 Fax : 0522828725 Email: laboratoireelamal@yahoo.fr

ICE : 001679098000020 - Patente : N° 36727171 - IF : 44125570 - N° CNSS : 68598223 - INPE : 093001253

**Facture**

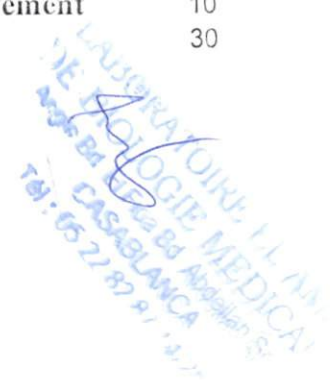
N° facture : 2209-3834

Date : 07/09/2022

Patient : Mme DERSI Milouda

Analyses	Valeur en B	Montant
Créatinine	30	33,00

Nombre B	30
Prélèvement	10
Total	30

Arrêtée la présente facture à la somme de : Trente Dirhams \*\*\*  




الدكتورة زهرة بنعزوز  
طبيبة إحيائية  
Docteur Z. BENAZZOUZ  
Médecin Biologiste

# مختبر الأمل للتحاليل الطبية

## LABORATOIRE EL AMAL DE BIOLOGIE MEDICALE

Hématologie - Immunologie - Bactériologie - Biochimie  
Parasitologie - Mycologie - Hormonologie - F.I.V - Allergologie



Casablanca, le 07/09/2022

### Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 060922-235 Pvt du: 06/09/2022 11:16  
CIN : ta42321 N° passeport:  
Nom : Mme DERSI Milouda  
Demandé par Dr : OUAZRYMOURAD

Page : 1/1

### BIOCHIMIE

Créatinine  
Technique

: 10,93 mg/l  
96,62 umol/l

Valeurs Usuelles

( 5 - 12 )  
( 44,2 - 106,08 )

Antériorité

Nous vous remercions de votre confiance

LABORATOIRE EL AMAL  
DE BIOLOGIE MEDICALE  
Angle Bd El Fida Bd Abdellah Senhaji  
CASABLANCA  
Tél : 05 22 82 82 82

1, زاوية شارع الفداء - شارع عبد الله الصنهاجي، حي الأمل 3 الطابق الأول - الدار البيضاء - المسمول : 0662 12 42 28 - الهاتف : 0522 82 87 14/25

1, Angle Bd EL FIDA - Bd Abdellah SENHAJI - Hay El Amal 3, 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - GSM : 0662 12 42 28 - Tél.: 0522 82 87 14/25

Centre covid : 06 67 04 47 04 / Tél. : 05 22 81 49 59 - E-mail : laboratoireelamal@yahoo.fr

Patente : 36727171 - IF : 44125570 - CNSS : 6859823 - ICE: 00167909800

Dr. Z. BENAZZOUZ  
Médecin Biologiste



Dr OUAZRY Mourad

DERBI, MILOUNA

<< Conclusions >>

2022-09-02 10:23

Données référence uniquement:

Nom : 0

Sexe : Âge : 0

Section : 4444

Cham. ID:

ID lit:

ID:

Utilisat:

01 0a 1:

01 0a 2:

01 0a 3:

FC

Intervalle PR

Durée P

Durée QRS

Durée T

QT/QTc

Axe P/QRS/T

R(V5)/S(V1)

R(V5)+S(V1)

bpm : 54

ms : 148

ms : 113

ms : 80

ms : 228

ms : 425/403

deg : 13.6/-4.0/14.6

mV : 0.87/0.95

mV : 1.82

Ryth. sinusoïdal norm.;

Dévia. ax. gche modérée;

**\*\*Le rapport doit être confirmé par un médecin\*\***

Médecin: \_\_\_\_\_

AUTO 10mm/mV

10mm/mV

