

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.

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° W21-708976

par
Elouan

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1380	Société :	1231265
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL KHALIER Abdelmajeed			
Date de naissance : 55 / NARA 1 28810 Moham			
Adresse : 55 / NARA 1 28810 Moham			
Tél. : 0661228781	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	6/9/2022		
Nom et prénom du malade :	sady Nouria		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	maladie connue		
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 : Moham

Le 27.10.2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-708976

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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
6/5/2022	CD	300 DH	300 DH	ECU 6/5/2022

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MEROUKI Hapana EP. Ben Doctor en D S. Mohammed-Tel 05 23 32 15	06/05/22	886,10

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le pre	Maphar Bd Alkemia N° 6, Ql, Sidi Bernoussi, Casablanca
Impo	Crestor 5mg cp pell b30 P.P.V : 114,10 DH
Veull	6 118001 183104

SO	aitez	DD

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	25533412 21433582 00000000 00000000	G
D	00000000 00000000	
B	35533411 11433553	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV: 49,60 DH
LOT: 22001
EXP: 03/2025

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

7862160336

Dr. Malika NOUREDDINE

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Coeur et des Vaisseaux
Ancien Médecin Résident des Hôpitaux de Paris



الدكتورة مليكة نور الدين

أستاذة في أمراض القلب
أخصائية في أمراض القلب والشرايين
طبيبة سابقة بمستشفيات باريس

Casablanca Le : 6.9.2022

سممه Sadry Nassiba
 (77.50) x3 ١٢٥٠٠

① Condrostiel ١٢٥٠٠

(27.50) x5 ٦٤٥٠٠

② Risendrin ١٥٠٠g ٧٤٩٣٠

(27.70) x3 ٦٣٦٠٠

③ Cardiaspirine ٦٤٥٠٠

(١١٤.١٠) x3 ٣٨٥٠٠

④ Crestor ٥mg ٦٤٥٠٠

٥ Inexium ٢٥ mg ٦٤٥٠٠



71، زفة أبو العلاء زهر إقامة إسماعيل الطيب الأول رقم 10 (قرب كلية طب الأسنان فوق ملاجئ) هي المستشفى - الدار البيضاء

71, Rue Abou Alaa Zahr Angle Rue Tabit Bnou Koura Résidence Smail 1er Etage N° 10 (Prés de

Faculté de médecine dentaire au dessus mama pizza) Quartier des hôpitaux - Casablanca

Tél. : 05.22.86.57.52 - Urgence : 06.64.86.46.44 - E-mail : drnoureddinemalika@yahoo.f

6 118001 100842



7862160237



7862160237

6 118001 100842



7862160237

Dose 300

786,10

INPI 189026849
Cardioaspirine 100 mg/30cpr
Produit de la Pharmacie de
Cardioaspirine 100 mg/30cpr



27,50

27,50

PPV
LOT
PER

PPV
LOT
PER

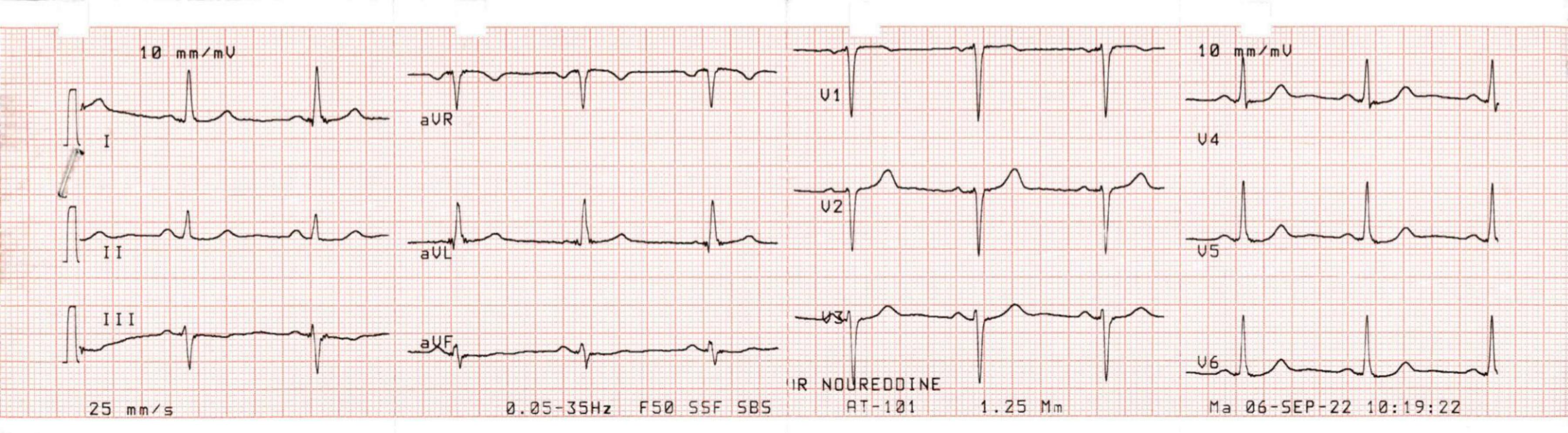
PPV
LOT
PER

27,50

27,50

PPV
LOT
PER

3 قرص لا يتأثر بمحضنة المعدة



Nom pat.:

Sadry

No pat. :

Naouibe

No réf. :

Né:

Age:

Ethnie:

Taille:

Poids:

TA:

mmHg

Méd:

DR NOUREDDINE

AT-101

1.25 Mm

FC: 66/min

Intervalles:

RR 908 ms

P 120 ms

PQ 156 ms

QRS 80 ms

QT 392 ms

QTC 413 ms

Axes: P (II) 0.13 mV

P -90 ° S (V1) -1.36 mV

QRS -8 ° R (V5) 1.10 mV

T 8 ° Sokol. 2.48 mV

Ma 06-SEP-22 10:19:32