

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

- 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 le patient

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1380 Société : A31265

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELKHAIER Abdelwahed

Date de naissance : 28/10/1981

Adresse : 55 INARA 1 28810 Mohamda

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 : Sadry Nassim

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

Nature de la maladie : Maladie Chronique

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 : Mohamda Le 22/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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 :

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
6/9/2022		300	300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/09/22	886.10

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																	
<p>Le prestataire</p> <p>Maphar Bd Alkima N° 6, Ql, Sidi Bernoussi, Casablanca Crestor 5mg cp pell b30 P.P.V.: 114,10 DH</p> <p>Imposition</p> <p>6 118001 183104</p>	<p>Le patient</p> <p>Maphar Bd Alkima N° 6, Ql, Sidi Bernoussi, Casablanca Crestor 5mg cp pell b30 P.P.V.: 114,10 DH</p> <p>6 118001 183104</p>																
<p>SO</p> <p>aitées</p> <p>Donne</p> <p>effus</p> <p>1C</p>	<p>CO</p> <p>DE</p> <p>MO</p> <p>DE</p> <p>DEE</p> <p>D'E</p> <p>FIN</p> <p>D'E</p>																
<p>O.D.F</p> <p>PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
H		G															
25533412	21433552	00000000	00000000														
00000000	00000000	00000000	00000000														
35533411	11433553																
<p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>	<p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

PPV: 49,60 DH
LOT: 2201
EXP: 03/2025

que le bilan de l'ODF.

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

Liste II - Uniquement sur ordonnance

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

Dr. Malika NOUREDDINE

Professeur de Cardiologie

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



الدكتورة مليكة نور الدين

أستاذة في أمراض القلب
أخصائية في أمراض القلب و الشرايين
طبيبة سابقة بمستشفيات باريس

Casablanca Le : 6.../.../2022

- mme Sadry Nassiba
(77.80 x3)
- ① Condensiel 1.25mg 1cp
- (27.50 x5) 1cp
- ② Aspirine 10mg 1cp
- (27.70 x3) 1cp
- ③ Cardiaspirine 1cp
- (114.10 x3) 1cp
- ④ Crestor 5mg 1cp
- ⑤ Inexium 20mg 1cp



71, زنفة أبو العلاء زهر إقامة إسماعيل الطابق الأول رقم 10 (قرب كلية طب الأسنان فوق ماما بيزا) حي المستشفيات - الدار البيضاء

71, Rue Abou Alaa Zahr Angle Rue Tabit Bnou Koura Résidence Smail 1er Etage N° 10 (Près 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.fr

6) Levo Thyrox 50

(13.40 x 3) 7 cp.
49,60

7) D Cure forte

7 ampoule à boire

Dusse 4 3000

6 118001 100842

Cardensiel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 77,80 DH

7862160237

6 118001 100842

Cardensiel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 77,80 DH

7862160237

6 118001 100842

Cardensiel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 77,80 DH

7862160237

886.10

INPE 094026849

Professeur Hana Mohamedine



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

27,50

PPV
LOT
PER

27,50

PPV
LOT
PER

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

3 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

27,50

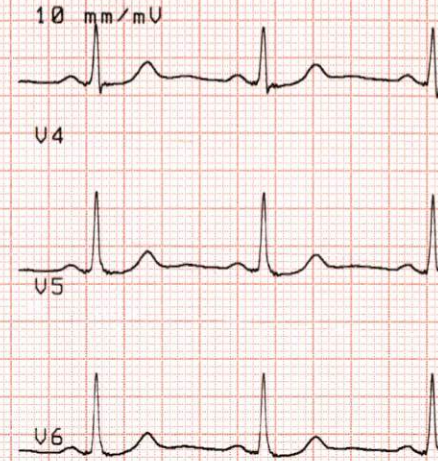
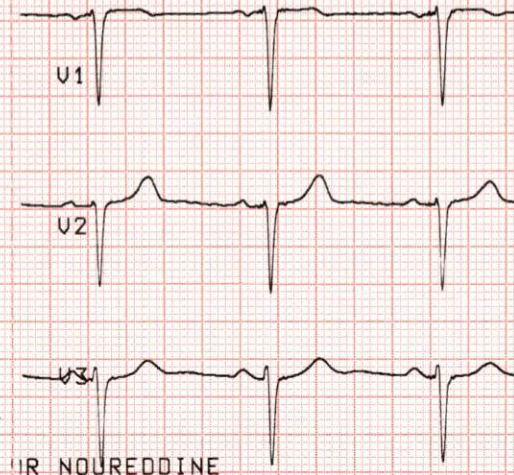
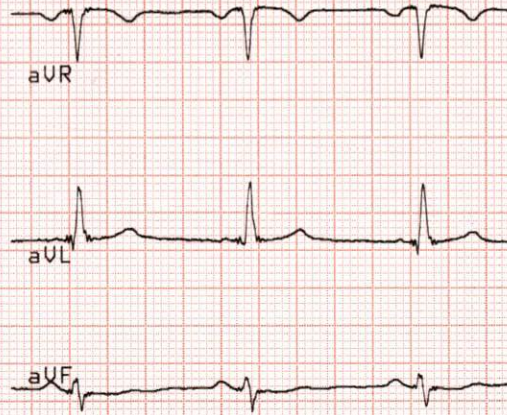
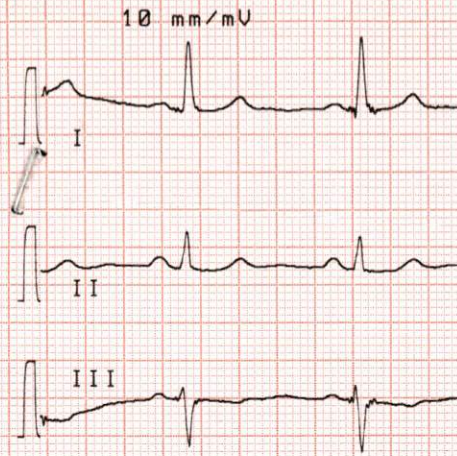
PPV
LOT
PER

27,50

PPV
LOT
PER

27,50

PPV
LOT
PER



IR NOUREDDINE
AT-101

1.25 Mm

Ma 06-SEP-22 10:19:22

Nom pat.:

Saadry

FC: 66/min

No pat. :

No réf. :

N°00164

Intervalles:

RR 908 ms

P 120 ms

PQ 156 ms

QRS 80 ms

QT 392 ms

QTC 413 ms

Né:

Age:

Ethnie:

Taille:

Poids:

TA:

mmHg

Méd:

DR NOUREDDINE

AT-101

1.25 Mm

Axes:

P 90 °

QRS -8 °

T 8 °

P (II) 0.13 mV

S (V1) -1.36 mV

R (V5) 1.10 mV

Sokol. 2.48 mV

Ma 06-SEP-22 10:19:32