

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

- 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.

N° M20- 0009963

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	1661	Société :	R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	2441106
Nom & Prénom :		Z. Rii ALi	
Date de naissance :		1. 6. 1990	
Adresse :		Résidence William Im 8 April Casablanca ou La Fâ	
Tél. :		0522915343	Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	26/10/27	Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : Casablanca Le : 10 JANV. 2017

Signature de l'adhérent(e) : 



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du pharmacien ou du distributeur	Date	Montant de la Facture
	22/10/2011	436,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth. The teeth are arranged in two rows: upper teeth (1-8) and lower teeth (3-16). A horizontal arrow points from the left side (D) to the right side (C), indicating the direction of the arch.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Youssef DRISSI

Spécialiste des maladies
du Coeur et des Vaisseaux

Ancien Médecin Interne
des Hôpitaux de Paris

- Holter tensionnel
- Holter rythmique
- Epreuve d'effort
- Echo-doppler cardiaque couleur



الدكتور يوسف الإدريسي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بمستشفيات باريس

الفحص بالصدى بالألوان

-الهولتر-

Casablanca, le 26/10/2005

Zeïdi Ali
Mu.30a3



① Véhicule 001/125

31.30a3 1 CP16



② Véhicule 002/125

1 CP16

436.80



100، شارع أم الربيع - إقامة الأفق - الحي الحسني - الدار البيضاء

100, bd, Oum Rabii - Résidence Al Ofoq (près de la Polyclinique CNSS) Hay Hassani - Casablanca
Tél./Fax : 0522 93 86 00 - الهاتف : E-mail : ydrissi@hotmail.com - Urgences : 0661 08 02 82
المستعجلات : 109 Bd Oum Rabi - Hay Hassani - Casablanca - 10500

Zyloric®

الألوبورينول
allopurinol

200 mg

28 comprimés
Voie orale

LOT
EXP
PPV

222185
06 2026
31 30

زيلوريك®

الألوبورينول

200
ملبغ

28 قرصاً
عن طريق الفم

Zyloric®

الألوبورينول
allopurinol

200 mg

28 comprimés
Voie orale

LOT
EXP
PPV

222185
06 2026
31 30

زيلوريك®

الألوبورينول

200
ملبغ

28 قرصاً
عن طريق الفم

Zyloric®

الألوبورينول
allopurinol

200 mg

28 comprimés
Voie orale

LOT
EXP
PPV

222185
06 2026
31 30

زيلوريك®

الألوبورينول

200
ملبغ

28 قرصاً
عن طريق الفم

لوزارتان / هيدروكلوروتيازيد جت® 50 ملخ 12,5 ملخ

losartan / Hydrochlorothiazide 50



50mg/12,5mg
30 comprimés pelliculés
sécables dosés à 50 mg/12,5 mg

secables dosés à 50 mg/12,5 mg



6 1 18000 330066

● قرصاً ملمساً قابلاً للكسر
● من قندة 50 ملخ 12,5 ملخ

عن طريق الفم



MLG, 30

لوزارتان / هيدروكلوروتيازيد جت® 50 ملخ 12,5 ملخ

losartan / Hydrochlorothiazide 50



50mg/12,5mg
30 comprimés pelliculés
sécables dosés à 50 mg/12,5 mg



6 1 18000 330066

عن طريق الفم
30 قرصاً ملمساً قابلاً للكسر
من قندة 50 ملخ 12,5 ملخ

MLG, 30



لوزارتان / هيدروكلوروتيازيد جت® 50 ملخ 12,5 ملخ

losartan / Hydrochlorothiazide 50



50mg/12,5mg
30 comprimés pelliculés
sécables dosés à 50 mg/12,5 mg

secables dosés à 50 mg/12,5 mg



6 1 18000 330066

عن طريق الفم
30 قرصاً ملمساً قابلاً للكسر
من قندة 50 ملخ 12,5 ملخ

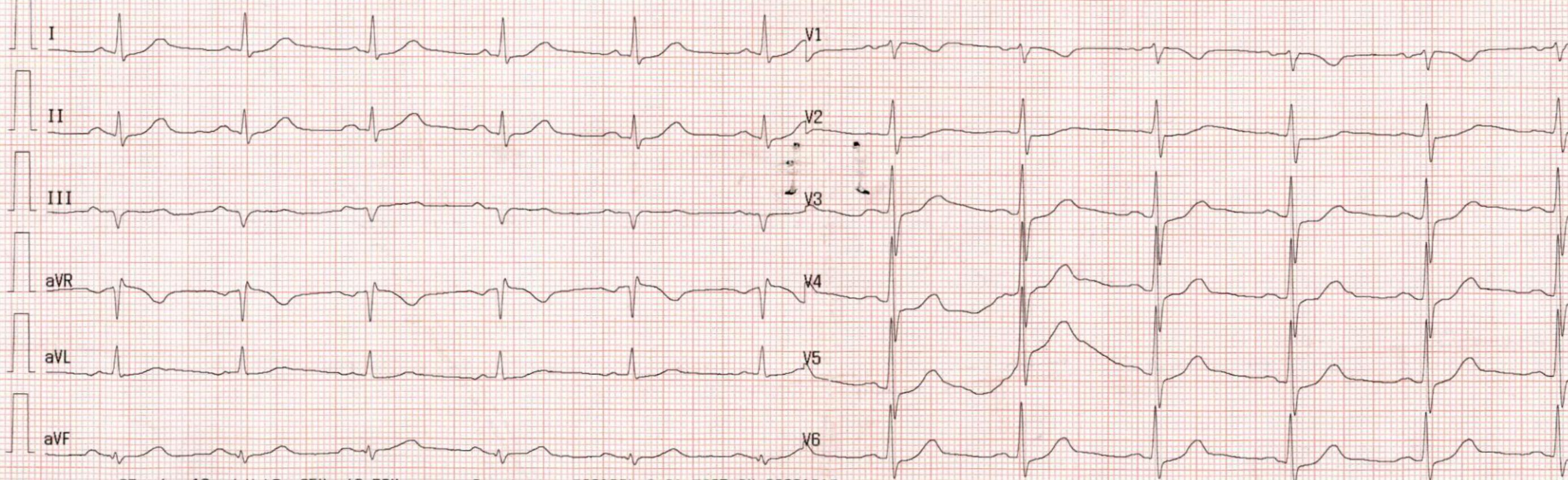


MLG, 30

2021 10/26
ID:

26/10/2022 12:43:55

69 bpm



26/10/2022 1

ID:

INCONNU -

Rythme sinus
--- Interpré
Dépression S
ECG limite

25mm/s 10mm/mV LP: 25Hz AC:50Hz

Cardioline ECG100L 2.01.7025 SN:0628181F