

# 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.

**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° P19-0033668

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10059 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HIRCHI IDRISS  
Date de naissance :  
Adresse : DEROUA  
Tél. 07 6046 41 17 Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/04/2023  
Nom et prénom du malade : MOHABIB GHZALA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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 : DEROUA Le : 03/05/2023  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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
11/04/23	CS, ECE		230 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie PRINCIPALE BLOC U N° 4 Daroua Tél: 05 22 53 20 83 062049176 INPE	11/04/23	248,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

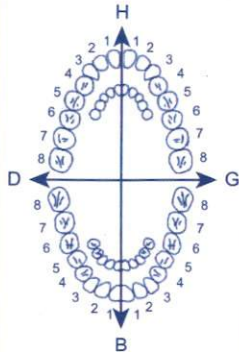
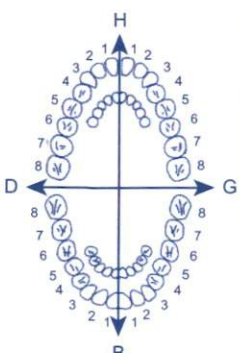
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

# Dr. EL MOURID MONIA CARDIOLOGUE

Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca  
Diplômée de l'Université Paris Descartes en cardiologie pédiatrique  
Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd - Casablanca  
Ancien médecin interne du CHU de Paris  
Praticien attachée à l'hôpital universitaire CHEIKH KHALIFA

Echographie doppler cardiaque et vasculaire  
Echocardiographie de stress  
Holter ECG / Holter Tensionnel / Epreuve d'effort



## الدكتورة المريد منى اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين

خريجة كلية الطب و الصيدلة الدار البيضاء  
دبلوم أمراض القلب للأطفال بجامعة باريس  
طبيبة داخلية سابقة بمستشفى ابن رشد - الدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقة بالمستشفيات الجامعية باريس  
طبيبة بالمستشفى الجامعي الشيخ خليفة  
الفحص بالصدى الصوتي للقلب و الشرايين  
فحص القلب بالصدى عند الجهد  
تسجيل الضغط الدموي و نقات القلب على المدى الطويل . تخطيط الجهد

## ORDONNANCE

11 avril 2023

Mme HABIB Ghzala

1/ PREZAR 50 MG COMPRIME PELLICULE SECABLE

1 cp le matin



Traitement pendant : 3 Mois

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA  
BLOC U No 1 D'AROUA  
Tel : 05 22 63 20 83

Dr. EL MOURID MONIA  
Lotissement NASSIM N°26 Immeuble Diar El Alaoui Appt N°4 1er étage - Deroua  
TEL: 05 22 03 16 74 / 06 60 62 70 07  
INPE: 06 12 59 19 8

📍 تجزئة النسيم رقم 26 عمارة ديار العلوي رقم 04 الطابق الأول - الدروة

📍 Lotissement Nassim N°26 Immeuble Diar El Alaoui Appt N°4 1er étage - Deroua

☎ 05 22 03 16 74 📞 Urgences : 06 60 62 70 07 ✉ cabinet.drelmourid@gmail.com

PPV 82DH70  
PER 02/26  
LOT M473

**PREZAR<sup>®</sup>** 50mg   
**Losartan**  
30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 041627

PPV:82DH70  
PER:02/26  
LOT:M747

**PREZAR<sup>®</sup>** 50mg   
**Losartan**  
30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 041627

PPV 82DH70  
PER 02/26  
LOT M473

**PREZAR<sup>®</sup>** 50mg   
**Losartan**  
30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 041627