

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

- Reclamation : 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- 064244

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5879 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SIKAR NAUKA
 Date de naissance :
 Adresse : 28 Bd OUNABU Résidence ELZAHRA OUEJDA
 Tél. : 0664506836 Total des frais engagés : 105140 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr CHAH Abdelghani
 Maladies du Cœur et des Vaisseaux
 Angle Bd. Panoramique et Bd. 2
 Mals Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1^{er} Etp
 Casablanca Tél. 05 22 52 05 09
 Date de consultation : 20 OCT 2023
 Nom et prénom du malade : SIKAR NAUKA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : 1-1A
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

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
10/01/2023			751,40	Dr. CHAHI Abdelghani Maladie du Cœur et des Vaisseaux Angle Bd. Panoramique et Bd. 2 Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1 ^{er} Etg Casablanca - Tél.: 05 22 52 05 05

INPE 091017202

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Hay El Mar d. Oum Eloula Oulfa - Tél. : 93,20	10/01/2023	751,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

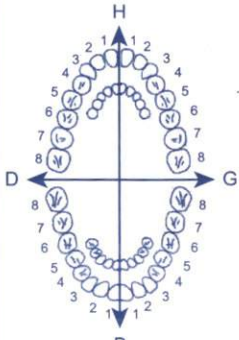
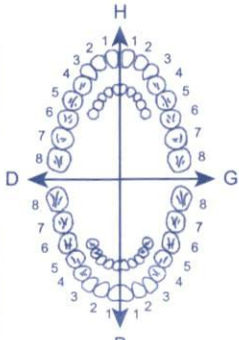
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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										
				MONTANTS DES SOINS										
				DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS										
				DATE DU DEVIS										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr CHAHI Abdelghani

Spécialiste des maladies
du Cœur et des Vaisseaux HTA
Holter Tensionnel et Holter Rythmique
Epreuve d'Effort et Medecine de Sport



الدكتور شاهي عبد الغاني

عيادة أمراض القلب والأشرايين

التسجيل المستمر للضغط الدموي و لتخطيط القلب

إختبار القلب بالجهد

Nom :

Sikar Malika

Casablanca, le

20 OCT 2023

108,70 x 6

Insur 150



1-0-0

49,60 x 2

D. cure fti
(3 mg)

1 mg/15;

751,40



III 6 mm

الدكتور شاهي عبد الغاني
أمراض القلب والأشرايين
Dr. CHAHI Abdelghani
Maladies du Cœur et des Vaisseaux
Angle Bd. Panoramique et Bd. 2 Mars
Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1er étage - Casablanca

Angle Bd Panoramique et Bd 2 Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1er étage - Casablanca
Tél/Fax : 05 22 52 05 05 - Urgence : 06 61 18 53 87 / 05 22 23 26 27 - ICE : 001712637000059

PPV:49,60 DH
LOT: 23C29
EXP: 03/2026

Fabriqué par : **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.

6 118001 320103



PPV:49,60 DH
LOT: 23C29
EXP: 03/2026

Fabriqué par : **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.

6 118001 320103



LOT: 230168
EXP: 02/2025
PPV: 108DH70

LOT: 230168
EXP: 02/2025
PPV: 108DH70

LOT: 230168
EXP: 02/2025
PPV: 108DH70

LOT: 230168
EXP: 02/2025
PPV: 108DH70

Remboursable

IRBESAR® SUN 150 mg
Boîte de 28
comprimés pelliculés
Voie orale



6 118000 380573

IRBESAR® SUN 150 mg
Boîte de 28
comprimés pelliculés
Voie orale



6 118000 380573

IRBESAR® SUN 150 mg
Boîte de 28
comprimés pelliculés
Voie orale



6 118000 380573

IRBESAR® SUN 150 mg
Boîte de 28
comprimés pelliculés
Voie orale



6 118000 380573

IRBESAR® SUN 150 mg
Boîte de 28
comprimés pelliculés
Voie orale



6 118000 380573

IRBESAR® SUN 150 mg
Boîte de 28
comprimés pelliculés
Voie orale



6 118000 380573