

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

M22- 54362

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2957 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL HAÏL NOURDINE
 Date de naissance : 01/07/1956
 Adresse : MÊME ADRESSE 184805
 Tél. : 0675684193 Total des frais engagés : 1575,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/11/2023
 Nom et prénom du malade : EL HAÏL NOURDINE Age : 67 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : BERRECOUD Le : 06/11/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

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 Praticien attestant le Paiement des Actes
06/11/23	CSAC		250,00	Dr. KHADRE MOHAMMED FOUAD Cardiologue Interventeur CARDIOLOGUE 11 Bd Med V 1 Etage Bureau N°1 BERRECHID Tél: 05 22 33 60 00 / 05 22 32 83 33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie ALAFAC
1.3.5 Rue Iliad Abou Mad
BERRECHID
Tél: 05 22 33 60 00 / 05 22 32 83 33
06/11/23 1325,80

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

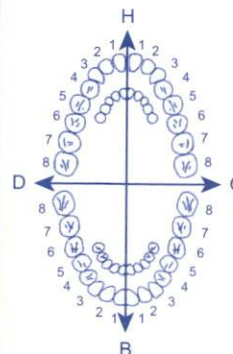
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD

Cardiologue Interventionnel

Cardiologue

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheld Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



د. خضر محمد فؤاد

فحص القلب التداخلي

أخصائي أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى لودنشايد بألمانيا

حاصل على شهادة الفحص بالصدى من جامعة بورجو مفرنسا

Ordonnance

Berrechid, le :
BERRECHID LE 06 novembre 2023

Mme EL HAIL NOUREDDINE

REGIME PAUVRE EN SEL

3x 25,80
COSTARVAL 80/12.5 MG ou VALPHI PLUS 80/ 12.5

1 Cp/J matin à jeun

3x 23,80
ASKARDIL 160MG

1Cp/J à midi après repas

2x 87,50
NEBILET 5MG

1/2 Cp/J à midi

154,10 x 3
NOLIP 10MG

1Cp/J le soir

3x 110,70
ULORIC 40MG

1 Cp/J le soir

Traitement pendant : 3 Mois

1325,80

Pharmacie ALAFAR
13.5 Rue Ilija Andu Mac
- BERRECHID
Tél: 05 22 20 00 01



LOT : 015
PER : AUT 2025
PPV : 95 DH 00

LOT : 015
PER : AUT 2025
PPV : 95 DH 00

LOT : 015
PER : AUT 2025
PPV : 95 DH 00

1325,80



LOT 1149297
MFG 08 2023
EXP 08 2025

PPV
110DH70



LOT 1149297
MFG 08 2023
EXP 08 2025
SN IJF6ER3VL21YC1

PPV
110DH70



LOT 1149297
MFG 08 2023
EXP 08 2025
SN VR3RVNZDOVAU11

PPV
110DH70

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80
EXP 04/2025
LOT 23006 3

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80
EXP 03/2025
LOT 23009 6

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80
EXP 04/2025
LOT 2D006 3

V14097701

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

LOT 23006 3
154110
LOT 23009 6
154110
LOT 2D006 3
154110

LOT 23006 3
154110
LOT 23009 6
154110
LOT 2D006 3
154110