

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-828255

Arg8897

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1430 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ENNASR BENDAOUID

Date de naissance : 31/12/1953

Adresse : 17 LOT AL ELKABIR ROUTE D'AZEMOUL

CASA BLANCA MAROC

Tél. : 0661321202 Total des frais engagés : 350,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/11/2023

Nom et prénom du malade : ENNASR BENDAOUID Age : 69

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA e dyslipidémie

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 : 10/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

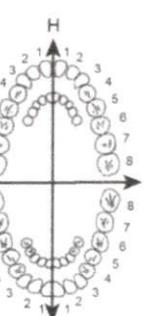


VOLET ADHÉRENT

RELEVE 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
AFIN 19/03/2023	S		80€	INP : 091130922 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie May St. Maart Gilia Quilla Tel. 99.20.21	17/11/93	350,90 Pharmacie May St. Maart

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>														
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H	G																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

Docteur Saâd SÔULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

إخلاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى والدوبلير بالألوان

Patient: EL NASSER Casablanca, le 17/11/2023

A222A

140,00 Argintib Sang
1 - 0 - 1

70,00 x 3

350,00 Givastrii 10mg
1 Cp le Jour

Traitements de:
3 Mois (03) Mois
S.V.

مختبر
الطب
Pharmacie Hay El Maâni
id. Oum Raâha Oulâa - Tel: 05 22 18 84

Dr. Saâd SÔULAMI
Professeur de Cardiologie
El Maâni
Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96
IPN : 091130922
CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 00175507600067 - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

زنقة مصطفى المعاني (قرب زنقة أڭادير) - الدار البيضاء 356

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 00175507600067 - IPN : 091130922

آنجينيب® ٥٥ مغ
لوزرتان

ANGINIB 50 mg

56 Comprimés pelliculés



6 118000 051077

Φ
h.i محمد الصدقة

56 قرصاً
ملبساً



LOT : 309
PER : AVR 2026
PPV : 140 DH 00

Losartan

ANGINIB® 50mg

CIVASTINE

Simvastatine

10 mg

bottu s.a.

S. Bachouchi - Pharmacie Responsable

PPV : 70DH00
PER : 03/25
LOT : M987



28 comprimés pelliculés

voie orale

Composition qualitative et quantitative :

simvastatine : 10 mg q.s.p. 1 comprimé.

Liste des excipients ayant un effet notable : lactose.

Mises en garde spéciales : lire attentivement la notice.

Précautions particulières de conservation :

Ce médicament est à conserver à une température ne dépassant pas 25°C.
NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS

CIVASTINE
Simvastatine

10 mg

سياستين

سياستين

28 قرصاً مختلفاً

10 ملغم

CIVASTINE 10 mg ○
Simvastatine

28 Comprimés pelliculés



b

مودع الكازارينات - عين السبع - الدار البيضاء
الطباطبى - صيدلى مسؤول

عن طريق المفلا

دواء

CIVASTINE

Simvastatine

10 mg

bottu s.a.

S. Bachouchi - Pharmacie Responsable

PPV : 70DH00
PER : 03/25
LOT : M987



28 comprimés pelliculés

voie orale

Composition qualitative et quantitative :

simvastatine : 10 mg q.s.p. 1 comprimé.

Liste des excipients ayant un effet notable : lactose.

Mises en garde spéciales : lire attentivement la notice.

Précautions particulières de conservation :

Ce médicament est à conserver à une température ne dépassant pas 25°C.
NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS

CIVASTINE
Simvastatine

10 mg

سيفاستين

سيفيثاستاتيت

CIVASTINE 10 mg ○
Simvastatin

28 Comprimés pelliculés



b
مودع الكازارينات - عين السبع - الدار البيضاء
الطباطبى - صيدلى مسؤول
عن طريق المخ

CIVASTINE

Simvastatine

10 mg

bottu s.a.

S. Bachouchi - Pharmacie Responsable

PPV : 70DH00
PER : 03/25
LOT : M987



28 comprimés pelliculés

voie orale

Composition qualitative et quantitative :

simvastatine : 10 mg q.s.p. 1 comprimé.

Liste des excipients ayant un effet notable : lactose.

Mises en garde spéciales : lire attentivement la notice.

Précautions particulières de conservation :

Ce médicament est à conserver à une température ne dépassant pas 25°C.
NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS

CIVASTINE
Simvastatine

10 mg

سيفاستين

سيفيثاستاتيت

CIVASTINE 10 mg ○
Simvastatin

28 Comprimés pelliculés



b
مودع الكازارينات - عين السبع - الدار البيضاء
الطباطبى - صيدلى مسؤول
عن طريق المخ