

## 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

- 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-826620

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9132 Société : nam  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EN AKNO nina  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés :

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pic Hypertensive + surmenage

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : /

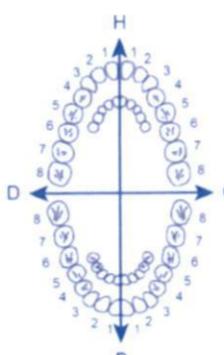
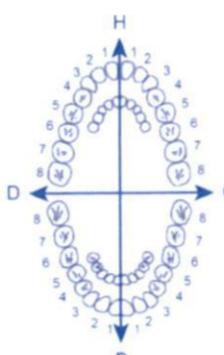
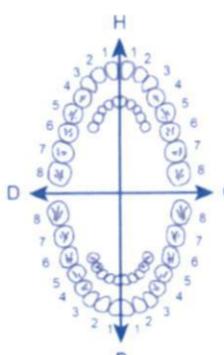
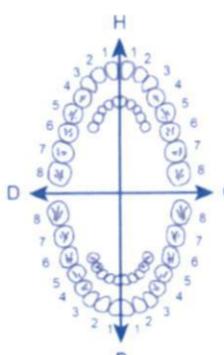
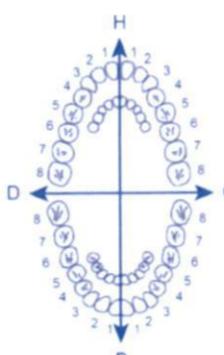
Signature de l'adhérent(e) :

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
31/02/2023	(Fi)	LS	62352 Voir facture	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE ROCHDI</b> Rés. N° FIRD'AOUS C.M. 4 Imm. A 117 N° 3 Hay Hasssem • Casablanca Tél : 022. 88. 32. 86	31 / 12 / 99	<b>PHARMACIE ROCHDI</b> Rés. N° FIRD'AOUS C.M. 4 Imm. A 117 N° 3 Hay Hasssem • Casablanca Tél : 022. 88. 32. 86

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>																			
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																			
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d																			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px; height: 20px;"></table>															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2"><b>H</b></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px;">25533412</td> <td style="width: 50px;">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 colspan="2"><b>B</b></td> </tr> </table>			<b>H</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	D —————	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>B</b>		CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
	<b>H</b>																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D —————	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	<b>B</b>																		
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> <small>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</small>			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXECUTION															

PHARMACIE ROCHDI  
Résidence Al Firdaus  
CH 4 Imm A117 N°3, Oulfa  
Casablanca - Tél: 0522 89 32 86

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC 850  
P.P.V: 41DH80



6 118000 010227

ESSAK... NAINA  
T.M. 07  
41,88  
Uocordyl 40g

PHARMACIE ROCHDI  
Rd. AL FIRDAOUS Ch. 4 Imm  
N° 3 Hay Hassan  
Tél: 022 89 32 86

Relaxium 300  
1 sel 1/2 pelt 1/2

Quazol sing

77,20  
Angine... 3/1



090004029

- compte Rendu -

M<sup>me</sup> ESSAKNI NAÏNA

Agée de 53 ans.

ATUDES = HTA sous Angiotensins

se présente pour Pic Hypertension à  
205/100 mmHg avec un contact de 6 semaines.

La patiente a reçu :

- 1/ Loxen 1mg en titration ± VD
- 2/ Nizolan 1mg ± VD





مصحة الياسمين  
Clinique Yasmine



090004029

Casablanca Le: 31/12/2023

Facture N° 15327/23

Etablie par MEHDI ACCUIEL Page 1/1

Identification

N° Dossier : X3L3112178

N° Identifiant : 23129836/23

Nom & Prénom : ESSAKNI NAIMA

C.I.N. :

Date Début : 31/12/2023

Date Fin : 31/12/2023

Adresse :

Traitement : Consultation

Médecin : BERRADA J+FARIK J+WAHID NAWAL

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
<b>SEJOUR</b>					
Frais clinique	1	150,00			150,00
Total Rubrique :					150,00
<b>IMAGERIE MEDICALE</b>					
Ecg	1	150,00			150,00
Total Rubrique :					150,00
<b>CONSOMMABLE MEDICAL</b>					
Consommables médicaux	1	6,09			6,09
Total Rubrique :					6,09
<b>PHARMACIE</b>					
Pharmacie	1	17,48			17,48
Total Rubrique :					17,48
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>					<b>323,57</b>
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>					
Dr. BERRADA J+FARIK J+WAHID NAWAL (ANESTHESISTE REANIMATEUR)	1	300,00			300,00
Total Rubrique :					300,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:</b>					<b>300,00</b>
<b>TOTAL FACTURE</b>					<b>623,57</b>

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Six cent vingt trois Dirhams et cinquante sept Cts

Cachet et signature



ID: 2012010100025029

01-01-2012 14:37:08

Nom:  
Age:  
Sexe:

Fréq. vent.  
Intervalle PR  
Durée QRS  
Interv. QT/QTc  
Axes P/QRS/T

QTc: Hodges

102 bpm  
120 ms  
86 ms  
328/402 ms  
57/49/35 deg

Tachycardie sinusale

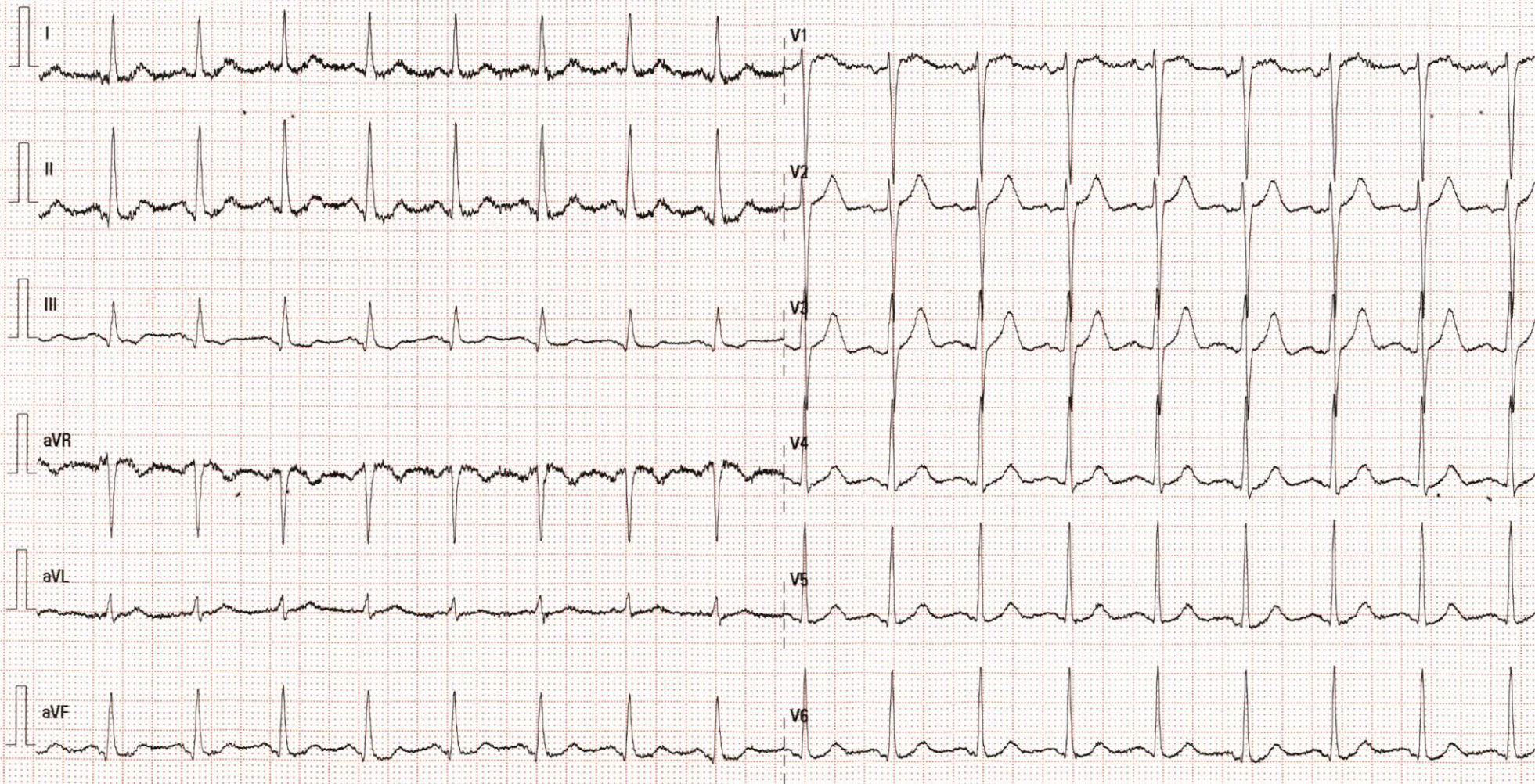
--- Interprétation sans connaître le sexe/l'âge du patient ---

ECG normal, sauf pour la fréquence

639/12/23

247A ESSA V2  
RA = 26/8 cm Hg

Diagnostic non confirmé.



25 mm/s

10 mm/mV

50 Hz

RDB 150 Hz

OCEANIC CLINIC

02.02.00/V28.4.1

SN.FN-4A001096