

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

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-823146

193623

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 1327 Société : Retraite

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL ASLY Mohamed

Date de naissance : 1938

Adresse : Sidi Yassine

Tél. : 0667 97 57 70

Total des frais engagés : 970.80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :


Dr. Hasnaa FARESSE
CARIO
Bd. EL OUDIA
N° 22 Ain Chok
Casablanca
09119-097

Date de consultation : 22/01/21

Nom et prénom du malade : Mouhari SABRINA

Age : 19

Lien de parenté : Lui-même Comptoir Enfant

Nature de la maladie : Hypertension

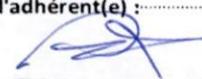
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 : Centre Allal Ben Abdellah Le : 15 FEV 2024

Signature de l'adhérent(e) :



| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fourrisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE EL ANBART D'LYUBET - RITA - TOULOUSE 62, Bd. Chouaïb Doukkali USA - Tél : 05.22.28.52.29 07/24 | | 670,95 |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|-----------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Designation des Coefficients | Montant des Honoraire |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée. Toute pratique en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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"/> | | | | | | | | | |
| | | | | 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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>36533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 36533411 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| B | 36533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 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

Docteur Hásnaq FARESSE

Spécialiste en cardiologie et maladies vasculaire

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca

Diplômé en échocardiographie de la faculté

Victor Ségalen Bordeaux II France

Diplômée en échocardiographie congénitale et pédiatrique Université Claude Bernard Lyon France

Ex interne au CHU de Casablanca

Ex interne au CHU de Rouen - France

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V: 21DH80
PER: 30/03
LOT: 23E003



6 118000 061113



Lot:
A consommer de préférence avant le:
PPC : 79,50 DH

230552

06/2026

Lot:
A consommer de préférence avant le:
PPC : 79,50 DH

230552

06/2026

Casablanca le: 22/1/24

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC 850
P.P.V: 41DH80
PER: 30/06/2026
LOT: 23E002
6 118000 010227

Mme

Nouari Saadia

43,80 Ⓛ Dynotem

PHARMACIE EL ANBAR
D^r LYOUBI - RITA - Toulouse
62, Bd. Chouaib Dookkali
BISA - Tél: 05.22.28.52.99

Lot:
A consommer de préférence avant le:
PPC : 79,50 DH

230552

06/2026

79,50 Ⓛ ② Dynotem attu

le fin
30 Compr

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V: 21DH80
PER: 30/06/2026
LOT: 179

PPV: 88 DH 40

21,80 Ⓛ ③ Aspegic 100

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V: 21DH80
PER: 30/06/2026
LOT: 179

PPV: 88 DH 40

88,40 Ⓛ ④ S.V. Airlia No

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V: 21DH80
PER: 30/06/2026
LOT: 179

PPV: 88 DH 40

670,90

Dr. Hasnaa FARESSE
CARDIOLOGISTE
Bd ElQods
N°122 Ain Chock
0522 522 530

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V: 21DH80
PER: 30/06/2026
LOT: 179

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V: 21DH80
PER: 30/06/2026
LOT: 179

30 Compr

PPV: 88 DH 40

شارع القدس، إقامة الورود، الطابق 1 الرقم 112 عين الشق - الدار البيضاء

Bd. ElQods Résidence les Rosiers, 1^{er} étage N°112, Ain chock - Casablanca

Tél.: 0522 522 530 - 0648 058 909 - 0663 800 124 - Email: faresse.h1@hotmail.com

Dr Hasnaa FARESSE

Nom : NOUARI SAADIA

Sex: Male

Lit No:

Date: 22/01/2024 15:13:05

Age:

SN: 0005328

Section:

Case No.:

| | | | |
|---------------|--------|---------------|-------------|
| Fréquence: | 1000Hz | QT Interval: | 412ms |
| Temps d'écha | 10s | QTc Interval: | 423ms |
| FC: | 63bpm | P Axis: | - |
| P Interval: | - | QRS Axis: | 12.00° |
| QRS Interval: | 87ms | T Axis: | 43.10° |
| T Interval: | 193ms | RV5/SV1 | 0.98/1.09mV |
| PR Interval: | -- | RV5+SV1 | 2.08mV |

Prompt:
 Total Batter 10, Battements No 8, SVE 2.
 Longitudinal Left axis deviation;

Dr Hasnaa FARESSE
 CARDIOLOGUE
 Pd ECG 101
 N° 22 101 05119-387
 0522 522 530 INPE 05119-387

Docteur: Dr Hasnaa FARESSE

