

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

MUPRAS M23-0024043
RECEPTION 9

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10523 Société : RAm
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL HAFIDI, Abdelkari'm
 Date de naissance : 1/11/81
 Adresse : H 182 Lot EL WAFAD EL OUBA
 Tél. : 067762394 Total des frais engagés : 250 + 621,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24 / 07 / 2024
 Nom et prénom du malade : EL HAFIDI SALWA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Douleur thoracique
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 77

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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

24.01.24 CS+ECG	250,00
-----------------	--------

EXECUTION DES ORDONNANCES		
<p>Cachet du Pharmacien du Fournisseur</p>	<p>Date</p>	<p>Montant Facture</p>

PHARMACEUTICALS
Lot. May Essalam
Tel. 06 23 69 17
INM 06 23 69 17

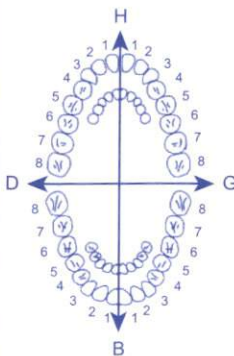
[illegible][illegible][illegible][illegible]

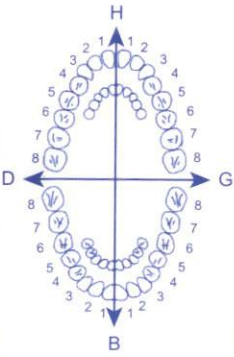
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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 <input style="width: 100px;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> D 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: left;"> H 21433552 00000000 00000000 11433553 </div> <div style="text-align: right;"> G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> B </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EL MOURID MONIA
CARDIOLOGUE

Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca
Diplômée de l'Université Paris Descartes en cardiologie pédiatrique
Diplômée en exploration du système nerveux autonome - Université Mohamed V Rabat
Ancien médecin interne du CHU ibn Rochd - Casablanca
Ancien médecin interne du CHU de Paris

Echographie doppler cardiaque et vasculaire
Echocardiographie de stress
Holter ECG / Holter Tensionnel / Epreuve d'effort
Exploration du système nerveux autonome



الدكتورة المريد مني

إخصائية في أمراض القلب و الشرايين

خريجة كلية الطب و الصيدلة الدار البيضاء

دبلوم أمراض القلب للأطفال بجامعة باريس

دبلوم فحص الجهاز العصبي اللاإرادي جامعة محمد الخامس بالرباط

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفيات الجامعية باريس

الفحص بالصدى الصوتي للقلب و الشرايين

فحص القلب بالصدى عند الجهد

تسجيل الضغط الدموي و دقات القلب على المدى الطويل - تخطيط الجهد

استكشاف الجهاز العصبي اللاإرادي

ORDONNANCE

24 janvier 2024

Mlle EL HAFIDI Salwa

17 NEOVIMAG 375

1cp le soir

2/ CURARTI FORTE

1 cp*2/j

3/ MALTOFER FOL

1 cp *2/j , pendant 3 Mois

4/ D3NORM

35 gouttes/ semaine, pendant 3 Mois

PHARMACIE HAY ESSALAM
Lot. Hay Essalam 26
Deroua - BERRECHID
Tél: 06 23 97 07 78
INPE: 062069174

Dr. EL MOURID MONIA
CARDIOLOGUE
Tél: 06 23 97 07 78
INPE: 062069174

PHARMACIE HAY ESSALAM

Lot. Hay Essalam 26

Deroua - BERRECHID

Tél: 06 23 97 07 78

INPE: 062069174

تجزئة النسيم رقم 26 عمارة ديار العلوي رقم 04 الطابق الأول - الدروة

Lotissement Nassim N°26 Immeuble Diar El Alaoui Appt N°4 1er étage - Deroua

05 22 03 16 74

Urgences: 06 60 62 70 07

cabinet.dreilmourid@gmail.com

PPC: 149,50 DH

curarti[®] forte
comprimé

Lot :
A consommer de
préférence avant le :

47,30

47,30

47,30

47,30

47,30

47,30

PPC: 89,50 DH
LOT: N6065
EXP: 12/26

NEOVIMAG[®]
375 mg

D3 NORM[®]
200 UI GOUTTES BUVALES



8 051128 634501

Lot: 230863
A consommer
avant le: 10/2026
ppc: 89,50 DH