

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

M23- N° 0033617

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1483 Société : RAN 202642

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABDEL MOUMNI DRISS

Date de naissance : 22/04/1945

Adresse : RES. RAOUA AZAZHAR - RUE IBN HAZZ 7
11111 B2.

Tél. : 0665-165-166 Total des frais engagés : 1528,80 Dhs

PRAFR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. M. ALAABI
RUE CALD ACHER, LA CÔTE D'AGENCE (NWII)
RUE NIGH "01" ANGLE BULVAR ANZARANE
Tél: 0522 99 70 88 - Fax: 05 22 99 20 81

Date de consultation : 17 / 04 / 2024

Nom et prénom du malade : ABDEL MOUMNI DRISS Age: 78

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 : 19 AVR. 2024

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 : CASAB. 18/04/2024 Le : 18 / 04 / 2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
17/04/2024	65166	300 dh		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/04/24	1228,80 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

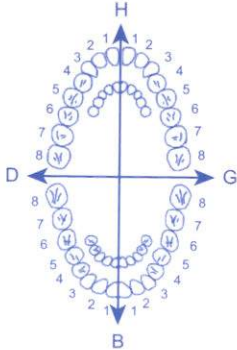
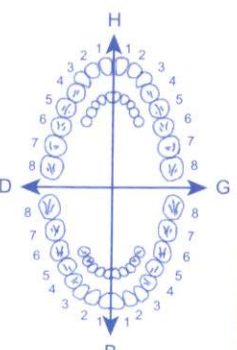
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'O

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>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</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Mohamed Amine LAABI



الدكتور محمد أمين لعبي

CARDIOLOGUE

Cardiologie Générale et Interventionnelle

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
و علاج القلب التداخلي

17/04/2024

ABDELNOUMI BOSS

1- APROVEL 300mg
(218,00 x 4) en cp/l; wshu

2- AMLOD 5mg
(89,20 x 4) en cp/l; wshu

1228,80

all
3015

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Aprovel 300 mg, cp b 28
P.P.V : 218,00 DH
6 118001 080908

b Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Aprovel 300 mg, cp b 28
P.P.V : 218,00 DH
6 118001 080908

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Aprovel 300 mg, cp b 28
P.P.V : 218,00 DH
6 118001 080908

a Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Aprovel 300 mg, cp b 28
P.P.V : 218,00 DH
6 118001 080908

PHARMACIE & PA
DU COMPLEXE SPO
Dr Fatima KADIRI HASS
63, Rue Mamoun Mohamed - Les Princ
Maârif Extension - Casablanca
Fixe 05 22 36 05 07 - Tél 06 62 79

UT.AV : 09 2026 P.P.V : 89 20
LOT N° : HN 9 4 1 4

UT.AV : 09 2026 P.P.V : 89 20
LOT N° : HN 9 4 1 4

UT.AV : 09 2026 P.P.V : 89 20
LOT N° : HN 9 4 1 4

UT.AV : 09 2026 P.P.V : 89 20
LOT N° : HN 9 4 1 4

Résidence RIBH "D" Angle Bd Bir anzarane Rue Caid El Achtar, (A côté Agence Inwi) 1^{er} étage Quartier Maârif - Casablanca

إقامة ربح «د» زاوية شارع بيرانزان وزنقة قائد الأشر (قرب وكالة انوي) الطابق الأول حي المعاريف - الدار البيضاء

Tél : 05 22 99 20 88 - Fax : 05 22 99 20 87 - Urgence : 06 55 12 73 13 - Email : DrAmineLaabi@gmail.com

N° d'autorisation : 11010 - N° de Patente : 35802624

02

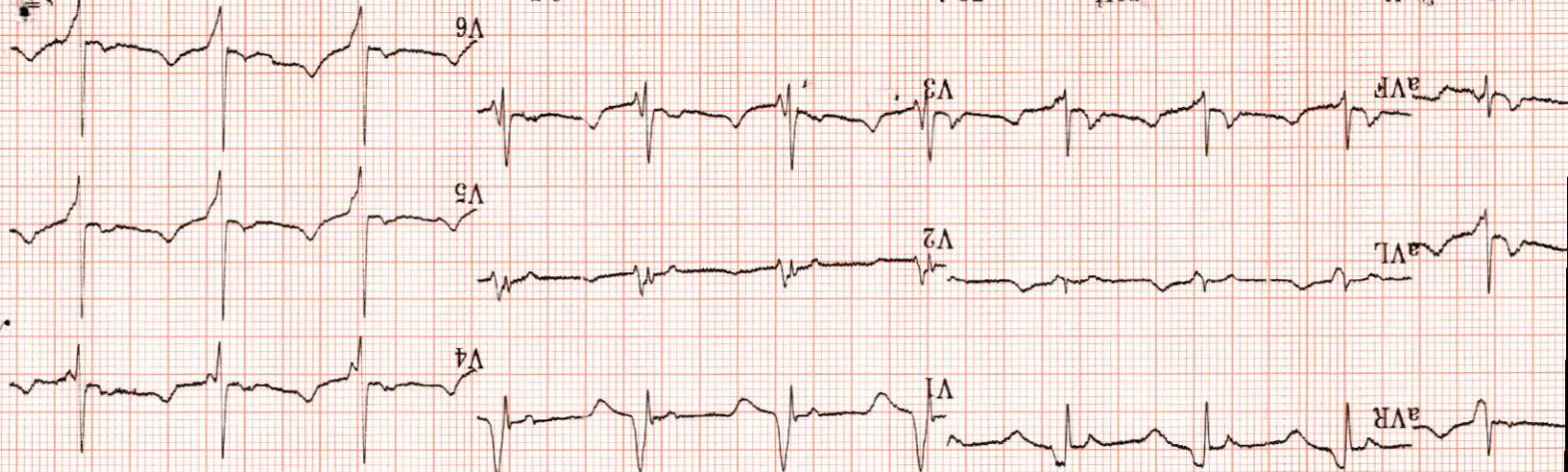
10.0 mm/mV

50Hz

79 bpm

4x2.5s

Abdelmajid 22/88



17-avr-2024 13:08:19

ID :

Fréq. ventr. 79 bpm
 Durée QRS 116 ms
 QT/QTc 390/447 ms
 Intervalle PR 150 ms
 Durée P 104 ms
 Intervalle RR 759 ms
 Axes P-R-T 82 60 45

12SL™ v239

MAC600 1.02

Dr. M. A. LAABI
CARDIOLOGUE

Rés. RIBH "D", Angle Bd Bir Anzarane
 Rue Caid Achtar, (à côté de Agence INWI)
 Quartier Maârif - Casablanca
 Tél: 0522 99 20 88 - Fax: 05 22 99 20 87

PRINTED IN USA

REF210473-001

GE Healthcare

PRINTED IN USA