

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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° W21-762882

203051



Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 519 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre : EL GVER GAAI Abdellah.

Date de naissance : 1947

Adresse : 4 Rue Xsan Sghir Hay Salam CTC

Télé : 05 22 36 77 87 Total des frais engagés : 36945 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/02/2024.

Nom et prénom du malade : M. EL GVER GAAI Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HNA

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.

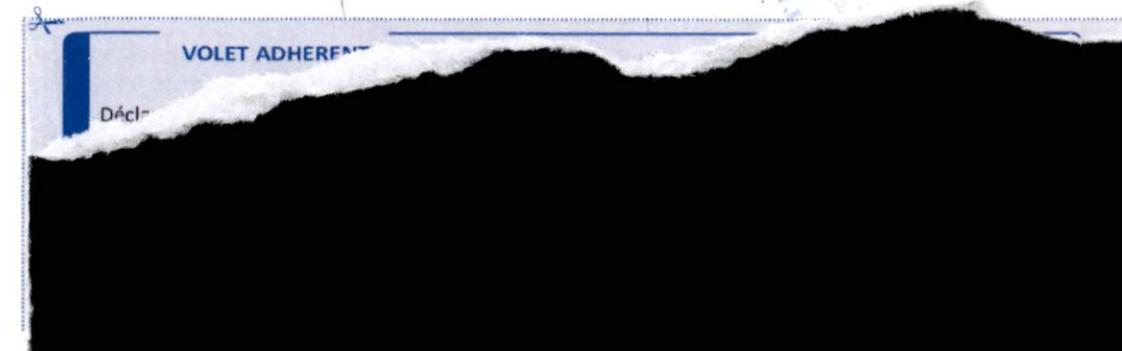
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca, le 20/02/2024.

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Décl.



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
2010212024	CoSUT+Co	1	1000000	RECEIVED 2010212024 COPIE RECUEILLE PAR LE MEDICIN

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Chiffre du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE LONGCHAMP PARIS 14 <sup>e</sup> BENLAMILIN Tél. : 06 22 36 47 55 INP : 0930	20/2/24	3344,30

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



## ORDONNANCE

20/02/2024.

NGCHAMP  
NLAMLIH  
ALL-Casa  
364751

YF. EL GUERGAÏ LATIFI.

1. Eliquis

1 - 0 - 1.

S.V

748,00

25000,4

2. Coveram

5/10

23700,6

1 - 0 - 0

S.V

5810

3. Cardensiel 5 mg

1/2 - 0 - 0

S.V

3344,30

PHARMACIE LONGCHAMP  
Rajaa TAZI BENLAMLIH  
Rue Touba Sog C.I.L - Casa  
Tél: 0522 364751

INPI: 91036807  
DUAT HABIB  
RÉGISTRE DES PHARMACÉUTIQUES  
TÉL: 0522 77 77 40 à 49



→ 237,00

→ 237,00

237,00

237,00

237,00

237,00

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
يجب احترام المقدار الموصوفة

Liste 1. Uniquement sur ordonnance.  
فقط وفقاً لوصفة طبية. لائحة 1.

Médicament autorisé n° :  
17/16DMP21/NNP

Eliquis® 5 mg  
20 comprimés pelliculés

ELIQUIS 5MG 20 CPS  
P.P.V : 250DH00



Pfizer

Laboratoires

S.A.

6 118001 171262

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
يجب احترام المقدار الموصوفة

Liste 1. Uniquement sur ordonnance.  
فقط وفقاً لوصفة طبية. لائحة 1.

Médicament autorisé n° :  
17/16DMP21/NNP

Eliquis® 5 mg  
20 comprimés pelliculés  
P.P.V.: 250,00 DH

6 118001 171262

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
يجب احترام المقدار الموصوفة

Liste 1. Uniquement sur ordonnance.  
فقط وفقاً لوصفة طبية. لائحة 1.

Médicament autorisé n° :  
17/16DMP21/NNP

Eliquis® 5 mg  
20 comprimés pelliculés  
ELIQUIS 5MG 20 CPS  
P.P.V : 250DH00



Pfizer

Laboratoires

S.A.

6 118001 171262

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
يجب احترام المقدار الموصوفة

Liste 1. Uniquement sur ordonnance.  
فقط وفقاً لوصفة طبية. لائحة 1.

Médicament autorisé N° :  
18/16DMP/21/NNP

دواء مسجل رقم :  
18/16DMP/21/NNP

Eliquis® 5 mg  
60 comprimés pelliculés  
ELIQUIS 5MG 60 CPS  
P.P.V : 748DH00



Pfizer

Laboratoires

S.A.

6 118001 171255

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
يجب احترام المقدار الموصوفة

Liste 1. Uniquement sur ordonnance.  
فقط وفقاً لوصفة طبية. لائحة 1.

Médicament autorisé n° :

Eliquis® 5 mg  
20 comprimés pelliculés  
P.P.V.: 250,00 DH

6 118001 171262

## **Reçu de caisse**

*Médecin : DR. LOUAHABI TAOUIK*

N° : 2402201013522790 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
24B200959	NASSAB LATIFA	20/02/24

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		350.00
PAYANT	Total payé	350.00
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Reçu établi par : WIDAD

*CLINIQUE AL MADINA*  
CAISSE 14  
532 Bd Panoramique Casablanca  
Tel: 05 22 77 77 40 à 49 (LG)  
Fax 05 22 25 00 01

ID:  
D-nais  
ans,

20-Fév-2024 12:23:55

Frq. Card.	56	BPM
Int PR	136	ms
Dur.QRS	92	ms
QT/QTc	439/431	ms
Axes P-R-T	-42 33	31

## BRADYCARDIE SINUSALE

**ECG SUBNORMAL**

**INTERPRETATION BASEE PAR DEFAUT POUR PATIENT AGE DE 40 ANNEE**

Revu par \_\_\_\_\_

ECG - TRAITEMENT - D'URGENCE

DATE : 06/01/2014 - H : 03 : 45

Centre hospitalier intercommunal de l'Ourcq

INP : 91026801

02. TRAITEMENT D'URGENCE

Cardiologie intercommunale

01. ANNÉE

