

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

- Réclamation : 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.

MUPRAS : Centre Alal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie Chronique (N°1161)

Déclaration de Maladie

N° W21-775701

Lo 3578



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1161		Société : R.A.M.	
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	
<input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : ESSAOUIRA, Mohamed			
Date de naissance : 30/06/1950			
Adresse : YASSMINA 1182 APT 11 WIFIAC			
Tél. : 06 61 13 41 22		Total des frais engagés : 918,00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	BOYALILA Fadha 28/3/13
Nom et prénom du malade :	Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Chronique
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 : Sidi Le : 20/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

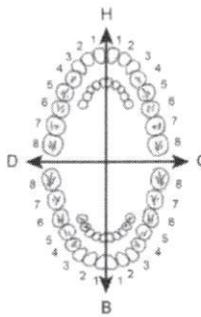
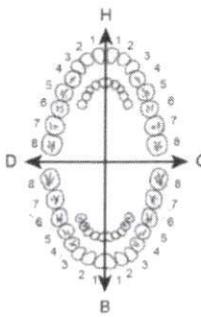


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18/3/20	C	Graham		INP : [Signature]

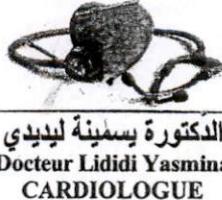
EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
PHARMACIE SEMALI 37 AVENUE JAMA 1-109 SIDI MOUSSA-SALE Tel: 05 37 88 45 60	20/3/20	918,00 dh	

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

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

RELEVE 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'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				[INP]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
B	00000000	00000000		MONTANTS DES SOINS
G	35533411	11433553		DATE DU DEVIS
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

CAEINET D'EXPLORATIONS CARDIOVASCULAIRES



Salé, le 20/3/2014

Mme BOVALILA Fadma

269,00 x 3

- coverm 1015

1 - 0 - 1

3700 x 3

- Biprol 25

1 - 0 - 0

3 un

$$= \overline{1} = 918.10$$

PHARMACIE
PHARMACIE SEMI-
SALÉ
37 AV. M. HASSAN SALÉ
N° 9 - SIDI KACHTOUN SALÉ
Tel : 05 37 85 25 60
TINPE = 102084186

الدكتورة يسمينة ليديدي
Dr. LIDIDI Yasmina

Cardiologue

10, Av. Mohamed V, Rez de chaussée N°31, Tabriket, Salé
Tél : 05 37 85 26 71 - Email: yasminalididi@ymail.com

BIPROOL® 2,5 mg
Bisoprolol
POLYMÉDIC

37,00 Dhs

POLYMEDEC

30

COMPRIMÉS PELLICULÉS
SÉCABLES

VOIE ORALE

BIPROOL®
2,5 mg
Bisoprolol
POLYMÉDIC

30

COMPRIMÉS PELLICULÉS
SÉCABLES

VOIE ORALE

37,00 Drs

POLYMEDEC

BIPROOL®
2,5 mg
Bisoprolol
POLYMÉDIC

30

COMPRIMÉS PELLICULÉS
SÉCABLES

VOIE ORALE

37,00 Drs

POLYMEDEC

كوفيرام

حبات 10 ملغ / 5 ملغ

بيراندوبريل أرجنinin / أملوديبين

COVERAM®

10 mg / 5 mg

comprimés

Périndopril arginine / amlodipine

10

269.00
ج.س

حبة 30



Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Un comprimé contient 6,790 mg de périndopril correspondant à 10 mg de périndopril arginine et 6,935 mg d'amlodipine bésilate équivalent à 5 mg d'amlodipine.

Contient du lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations

Sur prescription médicale seulement.

Respecter les doses prescrites.

Lire la notice avant utilisation.

Fabricant : Servier (Ireland) Industries Ltd
Gorey Road – Arklow – Co.Wicklow – Ireland

Conditionnement : SERVIER MAROC

Site de production

Zone industrielle

Aéropole Nouasser

كوفيرام

حبات 10 ملغ / 5 ملغ

بيراندوبريل أرجنinin / أملوديبين

COVERAM®

10 mg / 5 mg

comprimés

Périndopril arginine / amlodipine

10

269.00
ج.س

حبة 30



Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Un comprimé contient 6,790 mg de périndopril correspondant à 10 mg de périndopril arginine et 6,935 mg d'amlodipine bésilate équivalent à 5 mg d'amlodipine.

Contient du lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations

Sur prescription médicale seulement.

Respecter les doses prescrites.

Lire la notice avant utilisation.

Fabricant : Servier (Ireland) Industries Ltd
Gorey Road – Arklow – Co.Wicklow – Ireland

Conditionnement : SERVIER MAROC

Site de production

Zone industrielle

Aéropole Nouasser

كوفيرام

حبات 10 ملغ / 5 ملغ

بيراندوبريل أرجنinin / أملوديبين

COVERAM®

10 mg / 5 mg

comprimés

Périndopril arginine / amlodipine

10

269.00
ج.س

حبة 30



Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Un comprimé contient 6,790 mg de périndopril correspondant à 10 mg de périndopril arginine et 6,935 mg d'amlodipine bésilate équivalent à 5 mg d'amlodipine.

Contient du lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations

Sur prescription médicale seulement.

Respecter les doses prescrites.

Lire la notice avant utilisation.

Fabricant : Servier (Ireland) Industries Ltd
Gorey Road – Arklow – Co.Wicklow – Ireland

Conditionnement : SERVIER MAROC

Site de production

Zone industrielle

Aéropole Nouasser



CABINET DE CARDIOLOGIE

Note d'honoraire :

N° 1300

Je soussignée **Dr LIDIDI Yasmina**, cardiologue
certifie avoir encaissé la somme de 300 DH
pour consultation
de la part de Mr/ Mme Boushra Fodha
Ce jour le 20/03/2024

IF:34527104
ICE: 001688507000020
INPE: 101165959
N° Patente: 29062654

Dr LIDIDI Yasmina
Cardiologue
30, Av. Mohamed V, 10031, Tahrir
Sala, Tel: 01 33 57 38 26 7

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

ESSAM LALI Mohammed

Matricule :

N° CIN : D6560

Adresse :

Réid. Yasmina 1182 Apt N°11 WIFAK - Temara

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr. LIDIDI

Spécialité : Cardiologie

N° ICE :

N° INPE : 101165959

Certifie que M^{me}, M^{me}, M^{me} :

Boualila Fatiha

Nécessitant un traitement d'une durée :

< 3 mois

Entre 3 et 6 mois

A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

HTA

Dont ci-joint ordonnance : Voir ordonnance

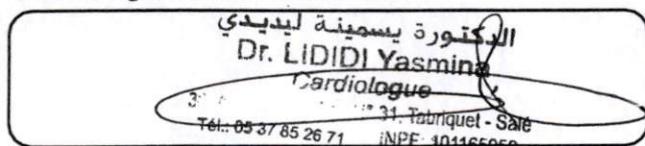
Traitements prescrits :

Coveram 100
Riprol 2.5

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : CASABLANCA le 20/02/2024

Cachet et signature du médecin traitant :



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées