

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0012366

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : RAHALI 2320 Société : Retraite

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RAHALI Asdekkader

Date de naissance : 1972

Adresse : Due 1 n°26 Djour Hassan 7 olanchi

Tél. : 0669873518

Total des frais engagés : 729,60 + 53,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/06/2022

Nom et prénom du malade : KHISTE Fatima

Age : 60 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Remplacement valvulaire aortique + PT

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 :

Le :

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

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 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

Autorisation CNDP N° : A-A-15 / 2019

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
04/04/22	CS C.W.O	5		Dr. NOURE TAOUBA Cardiologue

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'HOPITAL Quartier Nicolas Rue La Fontaine No 58,57 = MOHAMMEDIA Tél: (03) 31-51-00	2/6/22	729.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/07/22	640 2134	53.0

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

PPV:84DH80
PER:03/25
LOT:L1009-1

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

PPV :
Exp :
N° Lot :

24,00

ALDACTONE 50^{mg}
P.P.V: 57DH70



COEF
DES

ALDACTONE 50^{mg}
P.P.V: 57DH70



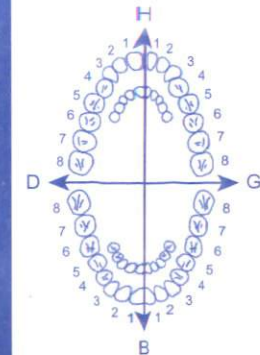
MON
DES

DEBU
D'EXE

ALDACTONE 50^{mg}
P.P.V: 57DH70



FIN
D'EXEC



LASILIX 40MG
20CP SEC
LOT: 21017
PER: 10/2025



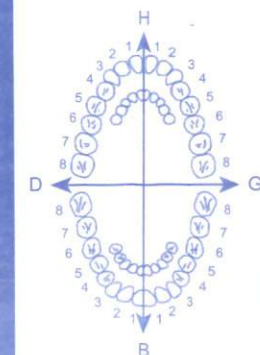
LASILIX 40MG
20CP SEC
LOT: 21018
PER: 10/2025



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT
MASTICATOIRE

H	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	B



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

INVIANTANTS

LEVIS

31.30

31.30

31.30



Casablanca, le :

ORDONNANCE

02/06/92

Nom :

Prénom : KHATE FAIMA



6 118001 040117

DIGOXINE 0,25 mg

(Digoxine)
30 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 25 DH 00

LOT : 21E018
PER: 10/2025

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

صيدلية المستشفى
PHARMACIE DE L'HOPITAL
Nicolas Rue La Fontaine
MOHAMMEDIA
(03) 31-51-66

25.00
1/ Digoxine 1/2 cp
103.80
2/ Lasilix 1 cp
160.00
3/ Sintom 3/4 cp
173.00
4/ Aldactone 5 cp
89.00
5/ ALIAZEN 60 mg 1 cp x 3
93.80
6/ Zylmar 60 mg 1 cp
84.80
7/ PIRELAN 50 mg 1 cp
799.60
25.00
1.60 x 3
20.00 x 8
57.70 x 3
Cachet

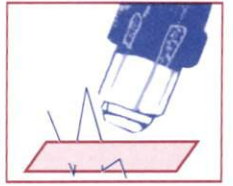




Demande d'Examen

Nom du malade : KHATE RATINE of RAHIMACI Date : 21/06/22
Service : N° d'Entrée :

Renseignements Cliniques	Examens demandés
500 Sinty TP - 	INR  Signature



Facture n° 61291

INPE: 093001816 ICE: 001644349000059 Patente : 39403860 IF : 54507300

MOHAMMEDIA LE : 12/07/2022

Analyses effectuées le: 12/07/2022

Pour.....: **Mme RAHHALI FATIMA**

Sur prescription du: Dr TAOUFIK

Code.....: 1GC4395



EXAMENS EFFECTUES :

TP

Cotation : (B 40)

Montant Net : 53.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CINQUANTE TROIS Dhs 00 Cts



د. عبد الواحد بوطالب
Dr. A. BOUTALEB

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Marseille

C.E.S de Biochimie Clinique

C.E.S d'Immunologie Sérologie

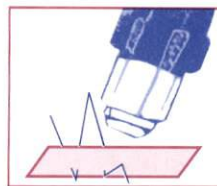
Ancien Chef de Laboratoire d'Hématologie
à l'Hôpital Militaire de Rabat

INPE : 093001816

مختبر ابن ياسين

Laboratoire Ibn Yassine

Analyses Médicales تحليلات طبية



1GC4395

Prélèvement du : 12/07/2022

Référence : 207NC12656

12/07/2022

Mme RAHHALI FATIMA

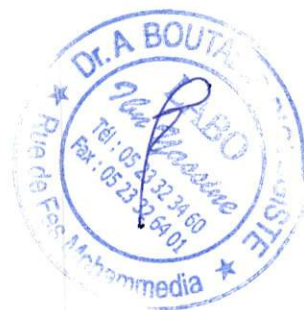
Médecin: Dr. TAOUFIK

EXAMENS DE SANG
HEMOSTASE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Taux de prothrombine (Temps de quick, TP) (Technique chronométrique-Stago)			
Temoin.....:	12.5	sec	12.5 (16/05/22)
Patient.....:	23.3	sec	28.7 (16/05/22)
TP.....:	29	%	
INR.....:	2.3		2.9 (16/05/22)
(International Normalized Ratio)			

Valeurs de référence de l'INR:

- 0.8 à 1.2: Normale sans traitement AVK
- 2.0 à 3.0: Phlébite-Embolie pulmonaire-Fibrillation auriculaire
- 3.0 à 4.5: Risque élevé de thrombose-Prévention due aux valves cardiaques



Laboratoire Ibn Yassine