

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

- 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
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



Déclaration de Maladie

N° W19-508657

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 616 Société : RAN.

Matricule : 616

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAHLI LAHOUCINE

Date de naissance : 01.06.1948

Adresse : HAY EL NARAL RUE 14 N° 11 CASA AIN Chock.

Tél. 0675835366 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : BRIYA NAÏMA Age : 67 ANS

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète + HTA + Bronchite 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.

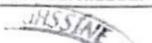
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Signature de l'adhérent(e) :



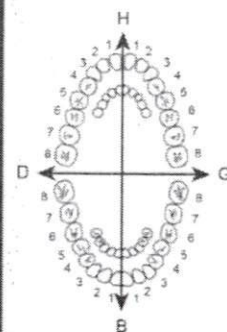
[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/3/20	153,80

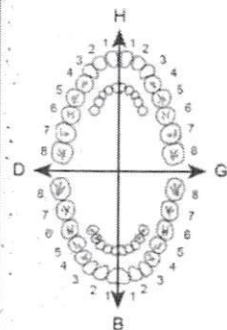
[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
6 injections						6000

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Promoplus Pharma

PPC = 66,00 DH

Docteur Asma

Médecine

Echograph

Electro Cardiogramme

Gynécologie Femmes, Hommes
et Enfants

Docteur Asma GOURJA

Médecine Générale Echographie Clinique
Electro Cardiogramme

Hay Mly Abdellah, Rue 153 N° 31 Inara I, Ain Chock - Casa
Tél : 05 22 50 50 32 - GSM : 06 74 68 87 68



Docteur Asma
Médecine Générale Echographie Clinique
Electro Cardiogramme
Hay Mly Abdellah, Rue 153 N° 31 Inara I, Ain Chock - Casa
Tél : 05 22 50 50 32 - GSM : 06 74 68 87 68

LOT : P-05-1
PER : 04-2022
PRV : 106,80DH

Handwritten calculations and notes:
 $17100 \times 9 = 153,90$
Net for insurance. win 850

Handwritten: 1 x 3 x 1/2

Handwritten: 437,00

Handwritten: 1/2 x 1/2



Handwritten: 1/2 x 1/2

Handwritten calculations:
 $68,90 \times 6 = 413,40$

Handwritten: 14,30

Handwritten: 1/2 x 1/2



05 22 50 50 32 : الهاتف - الدار البيضاء - عين الشق - 31 الإنارة 153 رقم
حي مولاي عبد الله - Hay Mly. Abdellah, Rue 153 N° 31 Inara I - Ain Chock - Casablanca
GSM : 06 74 68 87 68 - Email : docteurgourjaasmae@live.fr

106,80 x 6 = 640,80

5) Traction 1/2 (5) (5)

84,40 1/2 - 1/2 6/2

8) Total 9/2

1/2 1/2 6/2

75,00

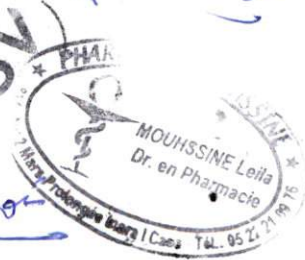
7) Fortia 9/2

65,00

8) Reflux 9/2

1/2 2/2 6/2

1853,80



Docteur Asma GOUJRI
Médecine Générale Echographie Clinique
Electro Cardiogramme
Haj My Abdelah, Rue 151 N° 11, 1^{er} Etage - Cas
Tél : 05 22 50 50 32 - GSM : 06 74 68 27 68

Docteur Asma GOUJRI
Médecine Générale Echographie Clinique
Electro Cardiogramme
Haj My Abdelah, Rue 151 N° 11, 1^{er} Etage - Cas
Tél : 05 22 50 50 32 - GSM : 06 74 68 27 68

LOT : 8MA03SV
PER.: 11/2021

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

LOT : 19E002
PER.: 10/2022

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

LOT : 8MA040
PER.: 01/2022

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

LOT : P-05-1
PER : 04-2022
PPV : 106,80DH

LOT : 19E002
PER.: 10/2022

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

LOT : 19E002
PER.: 10/2022

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

LOT : 19E002
PER.: 10/2022

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

LOT : 19E002
PER.: 10/2022

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

LOT : 191025
UT AV : 07/2022
PPV : 14,30 DH

LOT : 19E002
PER.: 10/2022

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

68,90

LOT 19001
PER 06/22
PPV 54DH40

63,90

LOT : P-04-1
PER : 03-2022
PPV : 106,80DH

68,90

LOT : P-05-1
PER : 04-2022
PPV : 106,80DH

68,90

LOT : P-05-1
PER : 04-2022
PPV : 106,80DH

68,90

LOT : P-05-1
PER : 04-2022
PPV : 106,80DH

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Docteur Asmâa GOURJA

Médecine Générale
Echographie Clinique
Electro Cardiogramme
Gynécologie Femmes, Hommes
et Enfants



الدكتورة أسماء كحورجة

الطب العام
الفحص بالصدى
تخطيط القلب
طب النساء، الرجال
والأطفال

Casablanca le 06/02/2016

Dr. Asmâa Gourja

Gu

Docteur Asmâa GOURJA
Médecine Générale - Echographie Clinique
Electro Cardiogramme
Hay Miy. Abdellah, Rue 153 N° 31 Inara I - Aïn Chock - Casablanca
Tél.: 05 22 50 50 32 - GSM: 06 74 68 87 68

ASMAA GOURJA

1970-08-06 12:57

Nom : naima

Sexe : Femme Âge : 66

Section : 12

Cham. ID: _____

ID lit: _____

ID: _____

Utilisat: _____

custom1: _____

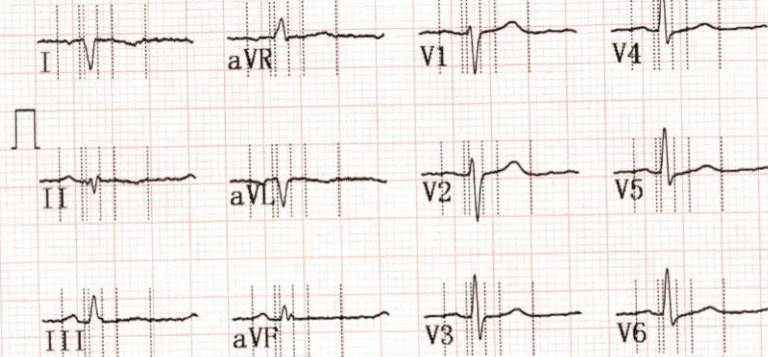
custom2: _____

custom3: _____

Données référence uniquement:

FC	[bpm]	: 91
Intervalle PR	[ms]	: 147
Durée P	[ms]	: 120
Durée QRS	[ms]	: 75
Durée T	[ms]	: 178
QT/QTc	[ms]	: 334/411
Axe P/QRS/T	[deg]	: 112.1/156.0/15
R(V5)/S(V1)	[mV]	: 1.16/1.02
R(V5)+S(V1)	[mV]	: 2.18

5mm/mV 25mm/s



<< Conclusions >>

Ryth. sinusoïdal norm.;

Dévia. ax. droite modérée;

I II aVR aVF Onde T anormale;

****Le rapport doit être confirmé par un médecin****

Médecin: _____

