

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 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

N° W19-457941

NDs 17/01/16

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 660

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Soufri YAHYA

Date de naissance :

1925

Adresse :

Hay Hassani Bloc 201 N° 30 DB Houria casa

06 67 04 57 14

Tél. : 05 22 90 54 50

Total des frais engagés : 300 + 609 + 210 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mustapha ZAROK
D'OMNIPRATICIEN
Lot. Assifa GH 5 - Immeuble 3 - 1er Etage
Cp. 1000 Casablanca
Tél. 05 22 71 44 45

Date de consultation :

27/09/2016

Nom et prénom du malade :

ABOUCHE ABDEL

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Précordial

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 : 27/09/2016

Signature de l'adhérent(e) :

ABOUCHE

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-457941

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

660

Nom de l'adhérent(e) :

ABOUCHE

Total des frais engagés :

300 + 609 + 210 Dhs

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
17/03/2020	09	300,00	INP: 091162320	Mustapha ZAFOK DENTISTE Sous signature de l'Etat

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>J. B. S. B. 14/03/2005</i>	27/03/2005	609,00

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
<i>Clémente Jasminne Sidi Abderrahman Tél. 05 22 39 69 80 CASABLANCA</i>	25/04/20					250.00	

VOLET ADHERENT

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

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

Casablanca le : 27/03/2020.

Mr RAGGAB ABDOURAH

23,10

1^{er}

lysaux  4 pie

1/2 ype le matin

1/2 ype à midi

1 ype le soir

pendant 05 fois.

45,60

2nd

MAG 2

amp  11

180,30 x 3.

3rd TALEG 160.

609,00 1 ype

(frankement de trois mois)

PHARMACIE CINEMA ANTI
Dr. Nasser TAYEB
141, Bis Sidi Abderrahmane
Hay El Hana - Casablanca
Tél : 05 22 39 62 62

PHARMACIE CINEMA ANTI
Dr. Nasser TAYEB
141, Bis Sidi Abderrahmane
Hay El Hana - Casablanca
Tél : 05 22 39 62 62

Dr. Mustapha ZAKOK
OMNIPRATIC
1st Assala GH 6 - Immeuble
Sidi Abderrahmane
Tél : 05 22 71 44 45



UT. AV.:

P.P.V

LOT N° :

23-10

23, 10



PHARMACIA CINEMA 4 AVA
Dr. Neri
141 Bis Haydn
Tel: 0523 368762

46,00

Casablanca le :

25/04/2020 -

Compte rendu de Assablaoui

الدكتور المصطفى زعرع
Dr. Mustapha ZAROK
OMNIPRATICIEN
ot. Assata GH 6 - Immeuble 3 - 1er Etage
SIDI ABDERRAHMANE - CASABLANCA - MAROC
Tél. : 05 22 39 69 60 - 05 22 71 44 45

Madame RAOGAR ABDELLAH.

Elle présente aux urgences.

Une maladie cardiaque, elle est connue diabétique et hyperthyroïde et convaincue.

Un ECG a été réalisé qui a révélé une grande préexcitation.

Le diagnostic d'attaque aux urgences a été retenu.

Dr Mustapha ZAROK
OMNIPRATICIEN
ot. Assata GH 6 - Immeuble 3 - 1er Etage
SIDI ABDERRAHMANE - CASABLANCA - MAROC
Tél. : 05 22 71 44 45



090004029



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



090004029

Casablanca Le : 27/03/2020

Facture N° 1352/20

Etablie par FATHA ACCES B Page 1/1

Identification

N° Dossier : X0C271324

N° Identifiant : 2003999/20

Nom & Prénom : RAGGAB AABOUCH

C.I.N. : B467269

Date Début : 27/03/2020

Date Fin : 27/03/2020

Adresse : DERB HOURIYA BLOC 204 N 30 H H

Traitements : Consultation

Prestations

Médecin : ZAROK MUSTAPHA

Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-----	---------	------	------	---------

SEJOUR

Frais clinique	1	140,96			140,96
----------------	---	--------	--	--	--------

Total Rubrique : 140,96

IMAGERIE MEDICALE

Ecg	1	100,00			100,00
-----	---	--------	--	--	--------

Total Rubrique : 100,00

CONSOMMABLE MEDICAL

Consommables médicaux	1	1,17			1,17
-----------------------	---	------	--	--	------

Total Rubrique : 1,17

PHARMACIE

Pharmacie	1	7,87			7,87
-----------	---	------	--	--	------

Total Rubrique : 7,87

PARTIE CLINIQUE :

HONORAIRES MEDICAUX

Dr. ZAROK MUSTAPHA (MEDECIN SPECIALISTE)	1	300,00			300,00
--	---	--------	--	--	--------

Total Rubrique : 300,00

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:

TOTAL FACTURE	550,00
----------------------	---------------

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Cinq cent cinquante Dirhams

Cachet et signature

Clinique Yasmine
Bd Sidi Abderrahmane
Angle rue de Sijlmaassa, Hay El Henna, Casablanca - Maroc
Tél. 05 22 39 69 60

valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Nme, M. : Mr. RACHID AMRABUC CO.

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

ICaractéristique

DNED, HTA, depre

Dont ci-joint ordonnance : +

(à défaut noter le traitement prescrit) TARGET 1mg Cacini 0,25mg

Kadence 1mg Shion 1L

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-75-15 / fax : 0522-22-78-15

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENASDELLAH et Rue Iakub Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

ID: 2020032703123629
Nom:
Age:
Sexe:

27-03-2020 03:13:47

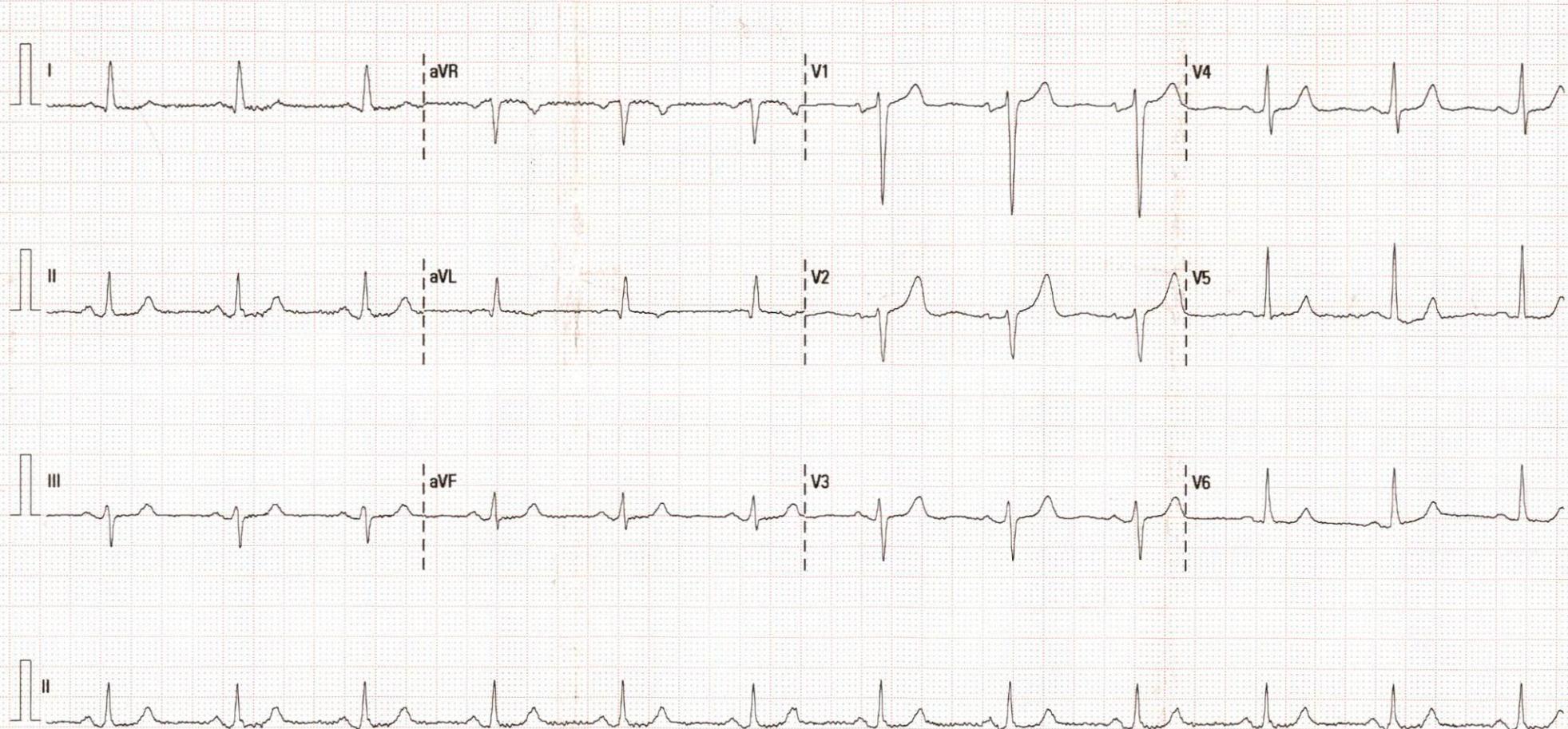
Fréq. vent.
Intervalle PR
Durée QRS
Interv. QT/QTc
Axes P/QRS/T
QTc:Hodges

71 bpm
150 ms
86 ms
370/389 ms
66/23/76 deg

Rythme sinusal
Electrode(s) inadaptée(s) à l'analyse : V5
--- Interprétation sans connaître le sexe/l'âge du patient ---
Anomalie de l'onde T latérale est non-spécifique

ECG limite

Diagnostic non confirmé.



25 mm/s

10 mm/mV

50 Hz~

RDB 35 Hz

clinique yasmine

02.02.00/V28.4.1

SN:FN-4A001096