

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° W21-718004

(Signature)

134067

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1922	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL MIZBI MOHAMMED			
Date de naissance :	01/06/1952		
Adresse :	HAY AZZAK 11MMC AP 7 AVENUE IBN KHAIR - FES		
Tél. :	0535 60 93 47	Total des frais engagés : 910,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. SAAD BENNOUNA CARDIOLOGUE 15, AV. Lalla Meriem-FES Tél.: 05.35.65.33.92 - 05.20.61.14.86.35 </div>			
Date de consultation : 27/09/2002 Nom et prénom du malade : Mr El Azaizi mohamed Age: 70			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : HTA grade II			
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 : *RAM* Le : *27/09/2002*
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W21-718004	
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 :	1922
Nom de l'adhérent(e) :	<i>El Azaizi mohamed</i>
Total des frais engagés :	910,00
Date de dépôt :	

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
27/03/22	ECG	300	300	INP: 111067490 DR. SAAD BENNOUNA CARDIOLOGUE 15, AV. Lalla Meriem-FES Tel: 05 35 65 33 92 GSM: 06 61 14 85 35

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SAAD BENNOUNA SOCIETE AL KORAN	27/03/22	604,70 DH

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

Le praticien est	Le praticien est
Important : Veuillez joindre	Important : Veuillez joindre
112,50	112,50
KARDEGIC 160MG SACHETS B30 P.P.V : 35DH70 6 118001 081189	KARDEGIC 160MG SACHETS B30 P.P.V : 35DH70 6 118001 081189
PER: 03/2024	PER: 03/2024
Lot: À consommer de préférence avant le: PPC: 79,50 DH	Lot: À consommer de préférence avant le: PPC: 79,50 DH
210506	08/2026
EXECUTION	EXECUTION
COEFFICIENT DES TRAVAUX	COEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS	MONTANTS DES SOINS
DATE DU DEVIS	DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION	DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

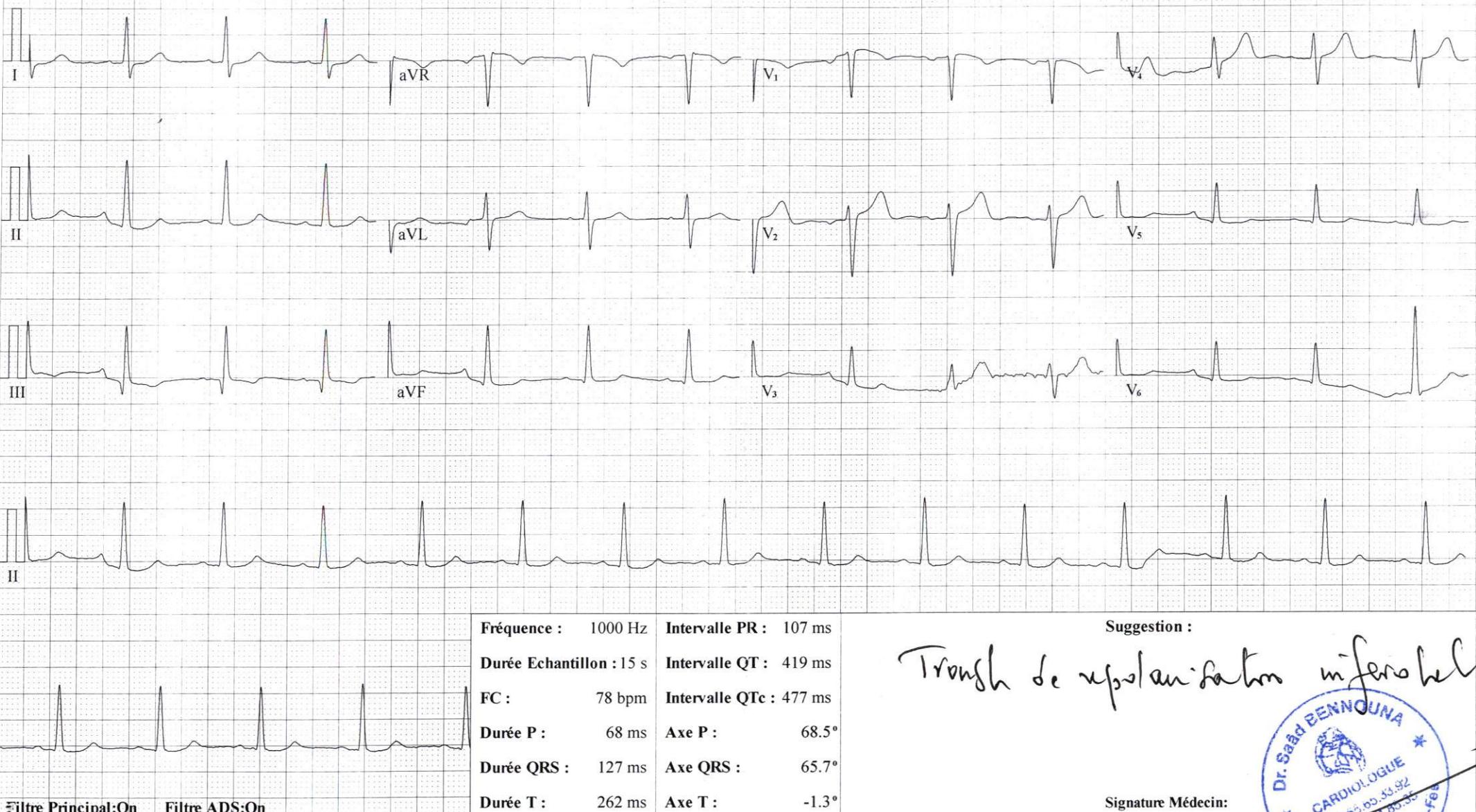
LOT: 365
PER: JAN 2025
PPV: 80 DH 00

ECG

Dr BENNOUNA Saad

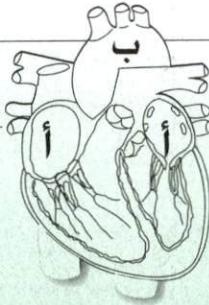
NOM:EL AZAIZI MOHAMMED ID : Sexe :Homme Age :70 Date :27-9-2022

10mm/mV 25mm/s



Signature Médecin:





الدكتور سعد بنونة

Docteur Saâd BENNOUNA

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

Cardiologue lauréat de l'université de Rouen

Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux

خريج كلية الطب بروان (فرنسا). مجاز في فحص القلب بالصدى والدوبлер
ملحق سابقًا بمستشفيات روان. ملحق سابقًا بالمستشفى الدراسي العسكري محمد الخامس
Diplômé d'Echocardiographie - Doppler (Paris VII)
Explorations Cardiovasculaires.

27/09/2022

Mr EL AZAIZI MOHAMMED

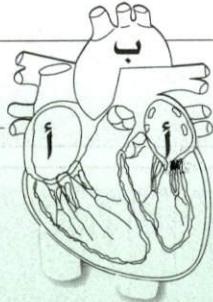
NOTE D'HONORAIRES

C2 + ECG : 300.00 DH

Acquittée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT DIRHAMS

Dr. SAâD BENNOUNA
15, C.V. Lalla Mariam - FES
Tel.: 05.35.65.33.92 GSM: 06.61.14.85.55



الدكتور سعد بنونة

Docteur Saâd BENNOUNA

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

Cardiologue lauréat de l'université de Rouen

Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux

خريج كلية الطب بروان (فرنسا). مجاز في فحص القلب بالصدى والدولبل
ملحق سابقاً بمستشفيات روان. ملحق سابقاً بالمستشفى الدراسي العسكري محمد الخامس

Diplômé d'Echocardiographie - Doppler (Paris VII)
Explorations Cardiovasculaires.

27/09/2022

Mr EL AZAIZI MOHAMMED

1. VASTAREL 80

2. KARDEGIC 160

3. LANPROL 30

4. CARBOSORB

1 cp le midi au milieu des repas (3 mois)

1 sachet au milieu du repas du midi (3 mois)

1cp le matin à jeun

1 cp matin et soir (1 bte)

NE PAS ARRETER LE TRAITEMENT SANS AVIS MEDICAL

Sté PHARMACIE AL KORACHI
Dr. SANAA SARL-AI
RUE IBN ALKHATIB
RTE AÏN CHKEF
TÉL : 05 35 74 84
MDF : 14200 FES

Dr. SAâD BENNOUNA
CARDIOLOGUE
15, Av. Lalla Meryem
Tél. 05.35.65.33.92-GSM: 06.61.14.85.35