

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 canaux, 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 canaux.

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- 0036144

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7121

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : HAKANI Abdelhadi

Date de naissance : 14/03/1963

Adresse : FNIDEQ

Tél. : 0665346216

Total des frais engagés : 118270 DHs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/11/2022

Nom et prénom du malade : HAKANI ABDELHADI

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : H0A

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC

Pathologie : Pour complément

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23/11	CSL ECG		5400 100/100	Dr Mehdi BENJELLOUN Rue 3, N°61 - 1er Etage BP Chahdia - El Oulfa 09 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14 011770570

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOULAY AHMED Lot. 1 Unité 6 Oulad Azouz Casablanca - Tél: 05 22 65 66 09 INPÉ: 092103811	07/11/2022	932,70

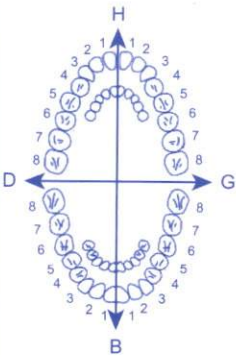
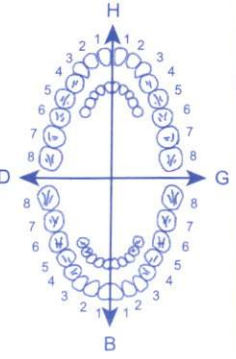
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient															
						Coefficient des Travaux	<input type="text"/>													
							Montants des Soins	<input type="text"/>												
							Debut d'Execution	<input type="text"/>												
							Fin d'Execution	<input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux	<input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montants des Soins	<input type="text"/>														
					DATE DU DEVIS	<input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

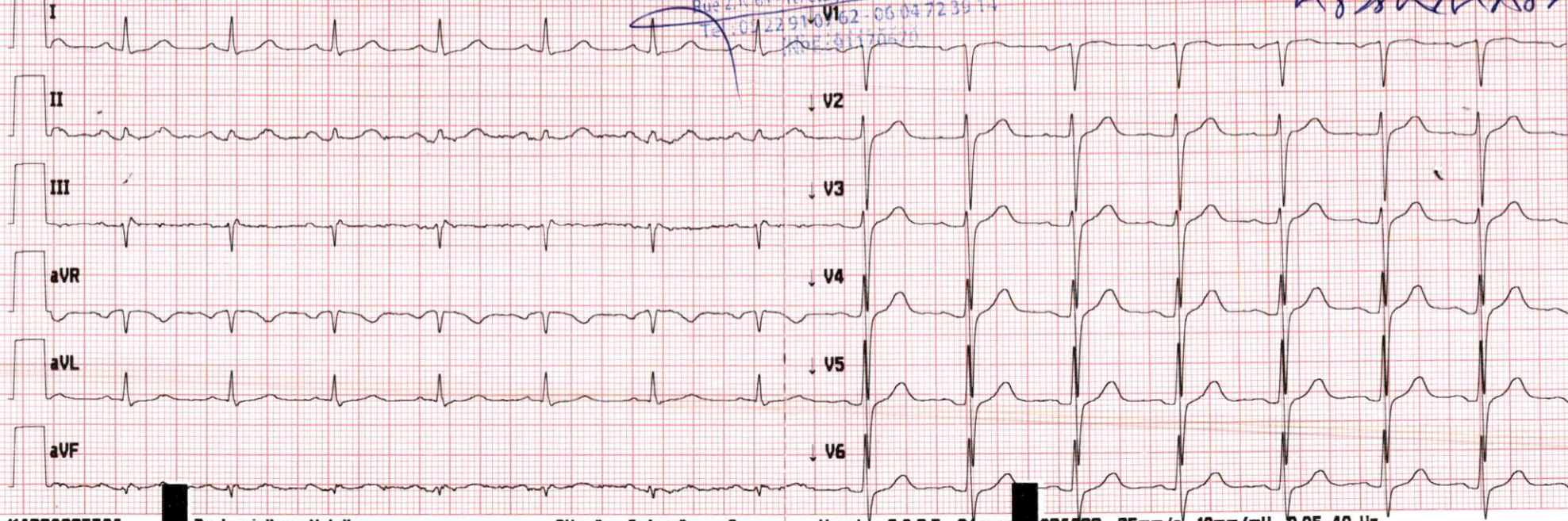
71.447

ID:
D-naiss:
ans,

3-Nov-2022 11:45:42 Fréq. Card.: 87 BPM
Axes P-R-T: 33 -3 32 Int PR: 181ms
Dur. QRS: 114ms QT/QTc: 366/410ms

3-Nov-2022 11:45:42
Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
Rue 2. N° 61 - 1er Etage RP Chetoua - El Oued
Tél: 022 91 01 62 - 06 04 72 39 14
MDE: 91170670

HABANI
ASSURANCE



114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site * 0 App.* 0

Version 2.0.3.5 Sequence *26082 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz

Pharmacie Moulay
Ahmed

PHARMACIE MOULAY AHMED
Lot. 1 Unité 6 Oufad Azouz
Casablanca - Tél: 05 22 65 86 00

ICE: 00159515800092

le 03 Novembre 2022

INPE: 092103811

Facture N° 20739

6x92,00 Coversyl 5mg Cp

6x43,00 Triskal 5mg Cp

1x122,70 Daflon 500mg Cp

Total: 932,70 Dhs.

" Arrêtée la présente facture
à la somme de Neuf cent
trente deux dirhams et soixante
dix centimes "

PHARMACIE MOULAY AHMED
Lot. 1 Unité 6 Oufad Azouz
Casablanca - Tél: 05 22 65 86 00

Mehdi BENJELLOUN
Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Casablanca, le : 03/11/2022

Nom et Prénom :

HAKANI Abdelhadi



COVERSYL 5 MG

1 comprimé le matin, pendant 6 mois

INIKAL 5

1 comprimé le soir, pendant 6 mois

PHARMACIE MOULAY AHMED
Lot. 1 Unite 6 Oulad Azouz
Casablanca - Tél: 05 22 65 86 08

Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
Rue 2, N° 61 - 1er Etage RP Chahdia - EL Oulfa
Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
INPE: 91170670

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

inikal® 5 mg

Amisodipine
30 comprimés



6 118000 340126

inikal® 5 mg

Amisodipine
30 comprimés



6 118000 340126

inikal® 5 mg

Amisodipine
30 comprimés



6 118000 340126

inikal® 5 mg

Amisodipine
30 comprimés



6 118000 340126

inikal® 5 mg

Amisodipine
30 comprimés



6 118000 340126

inikal® 5 mg

Amisodipine
30 comprimés



6 118000 340126

daflon® 500 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 100041