

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- N° 000433

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2326 Société : Retraite
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
Nom & Prénom : RAHHALI Adolkader 17/2026
Date de naissance : 1952
Adresse : Rue 1 N° 26 Djouf Lakran Moloudie
Tél. : 06 87 81 35 18 Total des frais engagés : 250,00 + 342,10 + 1 PM, 60

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 10 Aout 2023
Nom et prénom du malade : KHANNA Fatima Age : 68 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : R.V.N. + 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 : CAJA Le : 10/08/2023
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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10/08/23 | Consultation | 1 | 2500 | |

Dr Mohamed Ali BENNANI
Spécialiste de Médecine des Vaisseaux et de la Nutrition Artérielle
1 Rue 4 Ahd El Jaldouh - BORDJ
1er Etage Tél/Fax: 05 22 59 59 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Nicolas La Fontaine MOHAMMEDIA (03) 31-51-88 | 10/08/23 | 348,10 |
| | 10/08/23 | 181,40 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

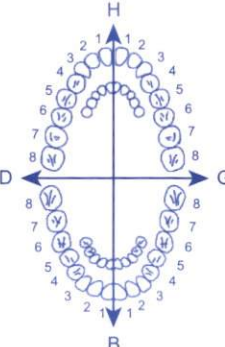
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ 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.

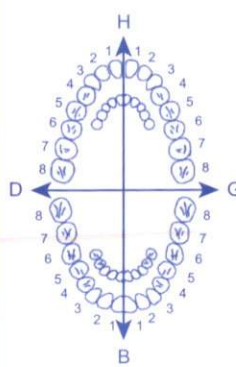
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | | Nature des Soins | Coefficient | | |
|---|-------------------|--|---------------------|-------------|----------------------------|-----------------------|
|  | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



| | |
|-------------------------|--|
| Coefficient DES TRAVAUX | |
| MONTANTS DES SOINS | |
| DATE DU DEVIS | |
| DATE DE L'EXECUTION | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV 79 DH 70
PER 01/26
LOT M182

BENNANI



مركز فحوصات القلب والشرابين
CENTRE D'EXPLORATIONS
CARDIOVASCULAIRES

الدكتور محمد علي بناني

إختصاصي في أمراض القلب والشرابين

وارتفاع الضغط الدموي

التشخيص بالأموح فوق الصوتية والدوبلر

تسجيل مستمر لضغط الدم لمدة 24 ساعة

تسجيل مستمر لتخطيط القلب لمدة 24 ساعة

تخطيط القلب عند المجهود

علاج الدوالي (العروق المنتفخة بالساق)

بالموعد

Casablanca, le : 10/08/07 : الدار البيضاء, في :

Nom :

KHATIS FATIME
ep RACHADI

LOT : 3855
PER : 04 - 26
P.P.V : 22 DH 00

Dr Mohamed Ali BENNANI
Spécialiste des Maladies du Cœur
et de l'Hypertension Artérielle
1^{er} Etage Tél/Fax: 05 22 59 59 00
1 Rue 4 Ahd El Jadid et Bd. Reda Guedira

PHARMACIE DE L'HÔPITAL
Quartier Nioles Rue La Fontaine
No 5667 F MOHAMMEDI
Tél : 31-57-88

Dr Mohamed Ali BENNANI
Spécialiste des Maladies du Cœur
et de l'Hypertension Artérielle
1^{er} Etage Tél/Fax: 05 22 59 59 00
1 Rue 4 Ahd El Jadid et Bd. Reda Guedira

Traitement à ne pas arrêter jusqu'au prochain rendez-vous le :

عدم توقف الوصفة حتى موعد المقل في :

1، زنقة 4 العهد الجديد وشارع راضي اكديرة (النيل سابقا) - الطابق الأول (قرب حمام الفن) - ابن امسيك - الدار البيضاء
1, Rue 4 Ahd El Jadid et Bd. Reda Guedira (Ex. Nil) - 1 Etage - (à Côté de Hammam El Fane) - Ben M'sik - Casablanca
Tél./Fax : 0522 59 59 00 - GSM : 0636 36 61 36 - E-mail : bennanimedali@yahoo.fr

Dr. Mohamed Ali BENNANI
Cardiologue

Spécialiste des maladies
du cœur, des vaisseaux
et de l'hypertension artérielle
Echocardiographie doppler - Holter
tensionnel - Holter rythmique
Epreuve d'effort
Traitement des varices
Sur Rendez-vous



مركز قحوظات القلب والشرابين
CENTRE D'EXPLORATIONS
CARDIOVASCULAIRES

الدكتور محمد علي بناني

إختصاصي في أمراض القلب والشرابين
وارتفاع الضغط الدموي
التشخيص بالأمواف فوق الصوتية والدوبلر
تسجيل مستمر لضغط الدم لمدة 24 ساعة
تسجيل مستمر لتخطيط القلب لمدة 24 ساعة
تخطيط القلب عند المجهود
علاج الدوالي (العروق المنتفخة بالساق)
بالموعد

Casablanca, le : 10/08/2026 : الدار البيضاء, في :

Nom :

KHATE FATIMA

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

280.00
Sintom

LASILIX
173.00

Digoxine
75.00

Calcium
89.00

TRIA...
293.00

31.30
291.00

Alactone...
1/296

89.00
TRAITEMENT à ne pas arrêter jusqu'à

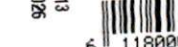
أحمد الفيلالي - ابن أمسيك - الدار البيضاء
Rue 4 Ahd El Jadid et Bd. Reda Gu
Tél./Fax : 0522 59 59 00 -

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

14 x 10.00

5 x 34.60

3 x 25.00

1 x 89.70

3 x 97.70



6 118001 040117
DIGOXINE 0,25 mg

(Digoxine)
30 comprimés

BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00



6 118001 040117
DIGOXINE 0,25 mg

(Digoxine)
30 comprimés

BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00



6 118001 040117
DIGOXINE 0,25 mg

(Digoxine)
30 comprimés

BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

TRAITEMENT à ne pas arrêter jusqu'à

أحمد الفيلالي - ابن أمسيك - الدار البيضاء

Rue 4 Ahd El Jadid et Bd. Reda Gu

Tél./Fax : 0522 59 59 00 -

PPV :

Exp :

N° Lot :

20/00



X17

Ged

97,70



X3

Ged