

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

M22- 0039421

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2103 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : PERMANENT
 Nom & Prénom : MR JABER MEN
 Date de naissance : 29/09/1953
 Adresse : N°63- Rue 6 LOT ASSADAMOUNE
 OULFA - CASAB
 Tél. : 06.14.61.5759 Total des frais engagés : #1/120.00# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 05/09/2023
 Nom et prénom du malade : JABER MOHAMED Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA
 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 : CASAB Le : / /
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
05/09/23	ECG		200,00 100,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/09/23	850,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

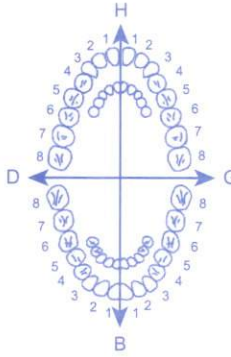
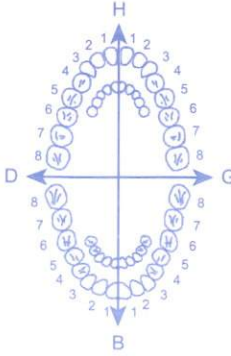
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 <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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(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

Dr. Mehdi BENJELLOUN

**Spécialiste des Maladies
du cœur et des vaisseaux**



الدكتور مهدي بنجلون
**إختصاصي في أمراض القلب
و الشرايين**

Casablanca, le : 05/09/2023

JABER Mohamed

6x 54,00
99,00
28,80
6 x 19,50
122,70
2 x 79,70
850,90
RAMIPRIL WIN OU TECRAM 5

1 comprimé le matin, pendant 6 mois

LIXIFOR

1 comprimé le soir

VITANEVRIL FORT

1 comprimé, 3 fois par jour

UVEDOSE

1 ampoule tous les 15 jours, pendant 3 mois

DAFLON 500

1 comprimé, matin et soir, pendant 2 mois

AZIX 500

1 comprimé le matin, pendant 6 jours



صيدلية جوج انستار
Pharmacie Joug Anstar
Bd. Oum Rahia Oulfa - Tél. : 93.20.26 - Casablanca

صيدلية جوج انستار
Pharmacie Joug Anstar
Bd. Oum Rahia Oulfa - Tél. : 93.20.26 - Casablanca

Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
Rue 2, N° 61 - 1er Etage - RP chhdia - EL Oulfa - Casablanca
Tél. : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14
E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com

Van Au Verso

Maphar
Bd Alklima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V.: 19,50 DH
6 118001 185030

LOT: 23E00TV
PER: 02 2027
RAMIPRIL WIN 5MG
CP SEC 830
P.P.V.: 54DH00
6 118001 183593

PPV

LOT

PER

28,80

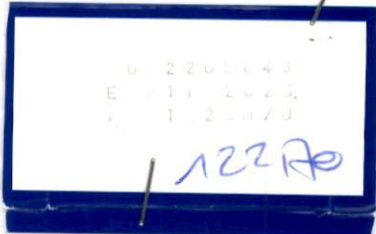


Maphar
Bd Alklima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V.: 19,50 DH
6 118001 185030

LOT: 23E00TV
PER: 02 2027
RAMIPRIL WIN 5MG
CP SEC 830
P.P.V.: 54DH00
6 118001 183593

سجل رقم 08

500 000 000 000



246400030-04

Maphar
Bd Alklima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V.: 19,50 DH
6 118001 185030

LOT: 23E00TV
PER: 02 2027
RAMIPRIL WIN 5MG
CP SEC 830
P.P.V.: 54DH00
6 118001 183593

Maphar
Bd Alklima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V.: 19,50 DH
6 118001 185030

LOT: 23E00TV
PER: 02 2027
RAMIPRIL WIN 5MG
CP SEC 830
P.P.V.: 54DH00
6 118001 183593

LOT: 23E00TV
PER: 02 2027
RAMIPRIL WIN 5MG
CP SEC 830
P.P.V.: 54DH00
6 118001 183593

Maphar
Bd Alklima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V.: 19,50 DH
6 118001 185030

54,00

Maphar
Bd Alklima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V.: 19,50 DH
6 118001 185030

AZIX
Azithromycine
500 mg
Voie orale

PPV 79DH70
PER 05/26
LOT M1245

PPV 79DH70
PER 05/26
LOT M1245

Lot/A de pré X1029 1226 317MA

LOT PER

Prix 99,00



ID:

D-naiss:

ans,

5-Sep-2023 18:10:37 Fréq. Card.: 77 BPM
Axes P-R-T: 50 4 48 Int PR: 168ms
Dur.QRS: 77ms QT/QTc: 347/378ms

5-Sep-2023 18:10:37

JABER
WONAN

