

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- 0049109

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9703 Société : RAM 177276
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MAZROU FATIHA
 Date de naissance :
 Adresse : Rue 2 n° 72 quartier Andalouze I. Casablanca
 Tél. : 0522281044 Total des frais engagés : 251,13 Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin : Dr Khalid BENJELLOUN Spécialiste des Maladies Cardio-vasculaires
 Date de consultation : 02/09/2023
 Nom et prénom du malade : MAZROU Fatiha Age : 57 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Dyslipémie + 2 FJA
 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 : Casa Blanca Le : 02/09/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
02/09/2023	S2			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/09/23	251,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

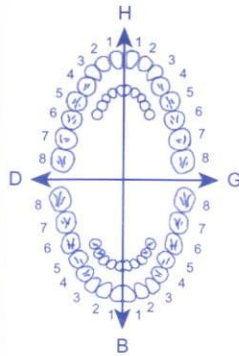
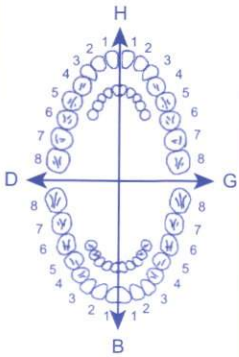
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																
	<table border="1"> <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

Dr. Khalid BENJELLOUN



الدكتور خالد بن جلون

Spécialiste des maladies Cardio-Vasculaires
(Holter Rythmique, Holter Tensionnel,
Echocardi Doppler - Epreuve D'Effort)
Diplômé de la faculté de Medecine de Paris VI.

إختصاصي في امراض القلب و الشرايين
التشخيص با لصدى
المداومة التخطيطية 24 h - اختبار الجهد
خريج كلية الطب باريس VI

Bloc des domaines, Imm 3,
Appt2, RDC, Rue Bir Jedid
(en face délégation CNSS Ziraoui)
Casablanca - GSM : 06 61 30 14 20
Tél. cabinet : 05 22 48 18 08

بلوك دومين عمارة 3، رقم 2،
الطابق السفلي زنقة بير الجديد
(مقابل مندوبية الضمان الإجتماعي الزيراوي)
الدار البيضاء - الممحول : 06 61 30 14 20
هاتف العيادة : 05 22 48 18 08

Casablanca, le 02/09/2023.

M. Agoni Fatima

R. mislé / R. hypocalcémie

11-remunération
(3 mois)

① Aurocardyl 1/2 cp matin. 1/4 cp midi

② Vastalbo 1 cp midi

③ Azkaril 75 1/1 cp midi

④ Carbosylane 200 mg x3

25/170

am x 3

الدكتور خالد بن جلون
Khalid BENJELLOUN
Spécialiste des Maladies
Cardio-Vasculaires
Bloc des Domaines Imm 3 Appt 2
Rue Bir Jedid (en face de la Délégation CNSS Ziraoui)
Tél 0522 48 18 08 GSM 0661 30 14 20

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V: 41DH80
LOT: 22E010
PER: 10/2025



أسكارديل

75 ملغ 30 قرصا متحلا

ASKARDIL® 75 mg

30 comprimés dispersibles



ASKARDIL® 75mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 05/2025
LOT 31004 2

112.50

VASTAREL®

Dichlorhydrate de trimétazidine
Gélule à libération prolongée

Laboratoires SOTHEMA
CARBOSYLANE
Boîte de 96 gélules (48 doses)
PPV 74.00 DH



Carbosylane®
Gélule Charbon activé / Siméticone

كاربوزيلان
كبسولة الكربون النشط / سيميتيكون