

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0036169 *A7 978*

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *7121* Société : *RAM*

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : *HAKANI Abdelhadi*

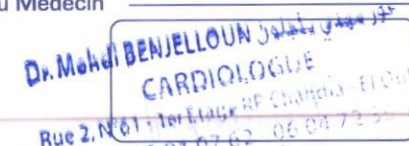
Date de naissance : *14/03/1963*

Adresse : *FNIDEQ*

Tél. *0665346216* Total des frais engagés : *1104,00 DA* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *03/10/2023*

Nom et prénom du malade : *HAKANI ABDELHADI* Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : *HTA*

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : *Cardiopathie*

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 :

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0036169

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
07/10/13	ECG		200,00 100,00	Dr. Mendi BENJELLOUN CARDIOLOGUE Rue N°61 - Immeuble Tél: 05 22 91 07 62 06 01 72 39 INPE: 91173070

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 05 00 INPE: 092403811	03/10/2013	804,80

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

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																
			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

☐ **valable 3 mois**

Le 03/12/2023

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
N° 61 - Tertre El Ghalla - El Ghalla
Tel: 05 22 91 07 53 - 06 01 71 91
INPE: 91170574

Certifie que Mlle, Mme, M. :

HAKAN ABDELHAKH

Présente

une HTA

Nécessitant un traitement d'une durée de :

6 mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

ID:

D-naiss:

ans,

3-Oct-2023 18:22:01 Fréq. Card.: 73 BPM
Axes P-R-T: 28 -7 30 Int PR: 188ms
Dur.QRS: 104ms QT/QTc: 380/406ms

3-Oct-2023 18:22:01

Dr. Mehdi BENJELLOUN

CARDIOLOGUE

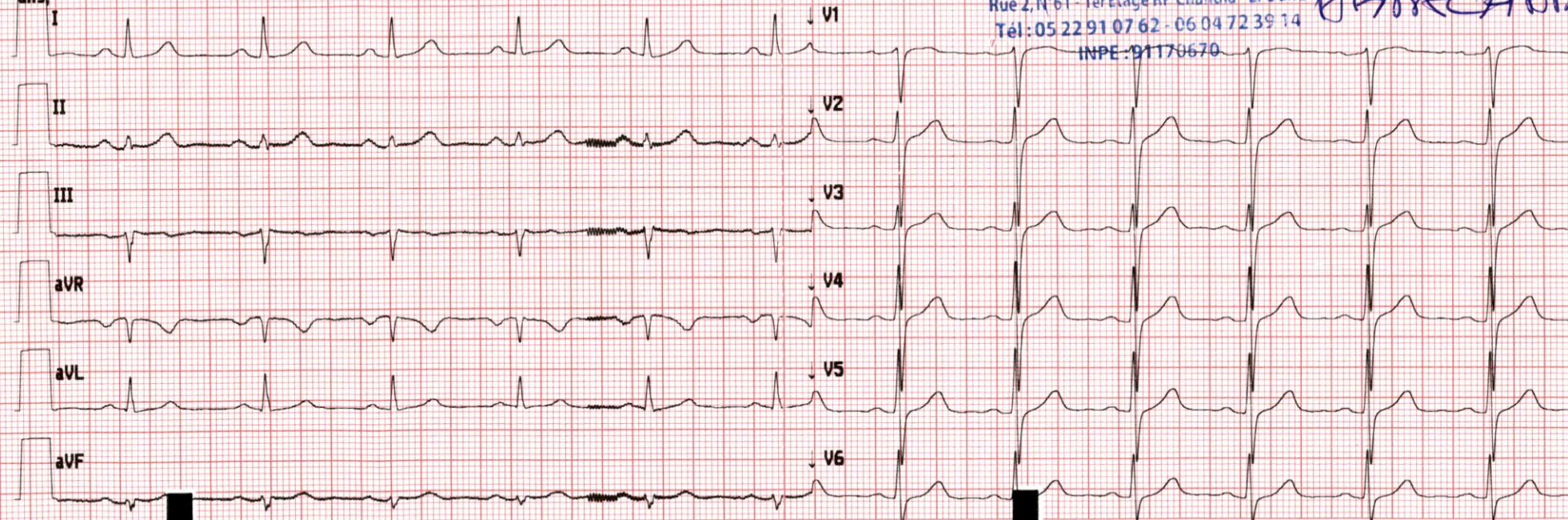
Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chahdia - El Oufia

Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14

INPE: 91170670

HARTON

BENJELLOUN



Dr. Mehdi BENJELLOUN

Spécialiste des Maladies
du cœur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
و الشرايين

Casablanca, le : 03/10/2023

HAKANI Abdelhadi

94.00
52.00 x 3 =
43.00
129.00
11.00
10.00
42.00

COVERSYL 5 MG

1 comprimé le matin, pendant 6 mois

INIKAL 5

1 comprimé le soir, pendant 6 mois

AVLOCARDYL 40

1/4 comprimé le soir, pendant 6 mois

COTIPRED 20

3 comprimés le matin

OMIZ 20

1 comprimé le matin, pendant 1 mois

SV

SV

SV

SV

SV

804.80

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

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

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

921.00

⇒ x6
Geel

PPV: 40DH00
PER: 12/25
LOT: L3937

bottu
des Caennais - Angoulême - Canada
Pharmacie Responsable

LOT: 3174
PER: 03-26
PPV: 42DH00

كبسول
عن طريق
وحدات حبيبية مقاومة

14

Omiz 20mg
14 gélules



6 118000 092421

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC 850
P.P.V.: 41DH00
LOT: ZZE007
PER: 08 2025



6 118000 010227

LOT : 220793
EXP : 05/2025
PPV : 43,00DH

UT. AV:

LOT N°:

PPV (DH):

LOT : 221206
EXP : 08/2025
PPV : 43,00DH

UT. AV:

LOT N°:

PPV (DH):

LOT : 220793
EXP : 05/2025
PPV : 43,00DH

UT. AV:

LOT N°:

PPV (DH):