

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

- Reclamation : 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

N° W21-612938

couvert

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01948

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : JBARA DRiss

Date de naissance : 01/01/1948

Adresse : 05, Rue Mohamed Fakir

Tél. : 06 64 55 70 44

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. YOUSSEF DERRAZ
Cardiologue
4, Résidence Al Amal, Bureaux
Bd. Allal Ben Abdellah 2004
Tél: 05 30 70 20 04 GSM: 06 61 43 88 63

Date de consultation : 16/02

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casablanca

Le : 16/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-612938

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 : 01948
Nom de l'adhérent(e) : JBARA DRiss
Total des frais engagés : 1004,10
Date de dépôt :

RELEVE 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
11/12/2021		15	300	INP : Dr. YOUSSEF BERRAZ Cardiologue résidence AL Amal, Bureau 1, Ben Abdellah, Casablanca GSM: 06 61 4

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMASIE LES JARDINS DE LAZARET Dr. NASSIR KHALIL 03 36 73 13 93	16/02/2021	704,10

INPE 9 0821048886

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

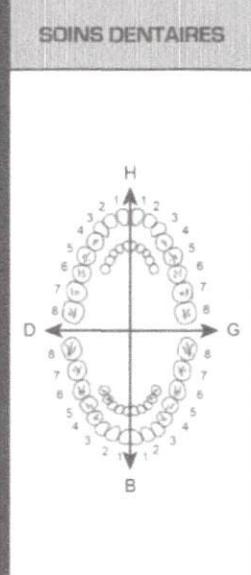
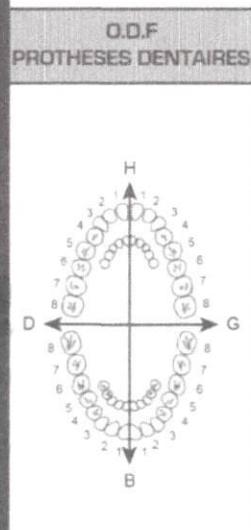
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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	INP : <input type="text"/>									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>									
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>									
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000 00000000	21433552 00000000 11433553	D	G	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	G										
		25533412 00000000 00000000	21433552 00000000 11433553										
		D	G										
		B											
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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. YOUSSEF DERRAZ

CARDIOLOGUE

CARDIOLOGUE INTERVENTIONNEL

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et Paris

Diplômé de Cardiologie Interventionnelle - Université Paris Descartes

Diplômé d'Échocardiographie - Université Victor Segalen Bordeaux 2



الدكتور يوسف دراز

أخصائي أمراض و توسيع شرايين القلب

طبيب داخلي سابق بالمستشفيات الجامعية بالرباط و باريس

دبلوم قسطرة القلب و توسيع الشرايين التاجية - جامعة باريس

دبلوم فحص القلب بالصدى - جامعة بوردو فرنسا

Oujda le :

وحدة في :

16 février 2021

Nom : Jbara

Prénom : Driss

Ordonnance

$$182,10 \times 3 = 546,30$$

1-Suliat HCT 160/5/12,5 : 1-0-0
2-Kardegic 75 : 0-1-0
65,70 3-Biprol 10 : $\frac{1}{4}$ -0-0

504,10

TTT 3 mois

PHARMACIE LES JARDINS
DE LAZARET
DR. NASSIRI KHALIL
05 36 73 13 93

Dr. YOUSSEF DERRAZ
Cardiologue, Bureau 5
4, Résidence Al Amal, Oujda
Bd. Allal Ben Abdellah
Tél: 05 36 70 70 04 - GSM: 06 61 43 88 63

4, Résidence al amal, bureau 5 BD. Allal ben abdellah 05 36 70 70 04

4. إقامة الأمل مكتب 5, شارع علال بن عبد الله 06 61 43 88 63



LOT 209031

EXP 09/22

PPV 182DH10

SULIAT® HCT
160 mg / 5 mg / 12,5 mg
28 comprimés pelliculés



6 118000 072256

LOT 209031

EXP 09/22

PPV 182DH10

SULIAT® HCT
160 mg / 5 mg / 12,5 mg
28 comprimés pelliculés



6 118000 072256

LOT 209031

EXP 09/22

PPV 182DH10

SULIAT® HCT
160 mg / 5 mg / 12,5 mg
28 comprimés pelliculés



18000 072256

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat-R.P.1.

Al sebaâ Casablanca

Kardegic 75 mg. sac b 30

P.P.V : 30,70 DH



6 118000 061847

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat-R.P.1.

Al sebaâ Casablanca

Kardegic 75 mg. sac b 30

P.P.V : 30,70 DH



6 118000 061847

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat-R.P.1.

Al sebaâ Casablanca

Kardegic 75 mg. sac b 30

P.P.V : 30,70 DH



6 118000 061847

10392011723

65,70

PPV GEDH70

BIPROL® 10mg
30 Comprimés pelliculés
sécables



6 118001 200825



valable 3 mois

Le 16.12.2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, Mr YOUSSEF DE RRA

Présente

Hypertension artérielle

3 m 97 S

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca