

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.

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

N° P19-0048366
128251

- ☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03722 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SERRAR Mustapha
Date de naissance : 25/06/53
Adresse : 174 Rue Eghouout's Ap. 505 CASA
Tél. : 0661320779 Dr. J. JARMOUNE
Total des frais engagés : 3375 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/08/2022
Nom et prénom du malade : SERRAR Mustapha Age : 69
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA
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 Le : 06/09/22
Signature de l'adhérent(e) :

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
08/08/2022	Consultation	30	3000	Dr. Y. JARM

El: 05 22 22 82 10 / 024 981 22 22 82 10

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
---	------	-----------------------

8/8/22	2950,00
--------	---------

81822	125 ea
-------	--------

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	

--	--	--	--	--	--	--

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
-----------------	-------------------	---------------------	-------------	--


Coefficient des Travaux

[illegible][illegible]


					FIN D'EXECUTION	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
-------------------------------	--	--

	H	Coefficient des travaux
25533412	21433552	

	<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>	D	00000000	00000000	G		00000000	00000000			35533411	11433553			B			<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
	D	00000000	00000000	G														
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
		<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>																

		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS
--	--	---	------------------



DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1033-1038.

Centre

أتورفاستاتين 10 ملغ

LOT : 1104

LOT : 1104

PER : 03/24

PER : 03/24

PPV : 57,80 D

PPV : 57,80 DH

Dr. Yous

Cardiologie Adulte - Enfant

طب القلب الكبار - الأطفال

- Diplôme de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Ancien praticien du CHU de La Timone - Marseille
- Diplôme de cardiologie congénitale et pédiatrique de la Faculté de Marseille
- Diplôme d'Echocardiographie Adulte de la Faculté de Bordeaux - Segalene
- Membre de l'European Association of Cardiovascular Imaging
- Diplôme d'ETO - American Society of Echocardiography

08 août 2022

- دبلوم كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيب سابق بمستشفى مرسيليا - فرنسا
- دبلوم في أمراض القلب الخلقية وطب الأطفال - كلية مرسيليا
- دبلوم فحص القلب بالصدى بيوردو - فرنسا
- دبلوم طب قلب الأطفال بمرسيليا
- عضو الجمعية الأوروبية لتصوير القلب والأوعية الدموية
- دبلوم d'ETO - الجمعية الأمريكية لتخطيط صدى القلب

Mr. SERRAR Mustapha

NovoMix® 30 FlexPen®

100U/ml

Suspension injectable

5 stylos pré-remplis de 3ml

PPV : 559 DH



NovoMix® 30 FlexPen®

100U/ml

Suspension injectable

5 stylos pré-remplis de 3ml

PPV : 559 DH



NovoMix® 30 FlexPen®

100U/ml

Suspension injectable

5 stylos pré-remplis de 3ml

PPV : 559 DH



1/2 comprimé soir pendant 3 mois

1/ TORVA 10MG 30 COMP

2/ COVERAM 10/5

1cp le matin 03 mois

3/ LANZEN 15 MG

1cp le matin pendant 1 mois

4/novomix

30 ui le matin

8 ui le soir 03 mois

5/ glucovage 850 1 cp 3 fois par jours

Prochain RDV le : 31/08/2022 à 09:00

39,60

2950,00

45,20

45,20

45,20

45,20

45,20

45,20

39,60

26900

269,00

26900

CONFIDENTIAL A.C.



Dr. Youssef jarmoune

Cardiologie Adulte - Enfant

- Diplôme de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Ancien praticien du CHU de La Timone - Marseille
- Diplôme de cardiologie congénitale et pédiatrique de la Faculté de Marseille
- Diplôme d'Echocardiographie Adulte de la Faculté de Bordeaux - Segalene
- Membre de l'European Association of Cardiovascular Imaging
- Diplôme d'ETO - American Society of Echocardiography

الدكتور جرمون يوسف

طب القلب الكبار - الأطفال

- دبلوم كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيب سابق بمستشفى مرسيليا - فرنسا
- دبلوم في أمراض القلب الخلقية وطب الأطفال - كلية مرسيليا
- دبلوم فحص القلب بالصدى بيوردو - فرنسا
- دبلوم طب قلب الأطفال بمرسيليا
- عضو الجمعية الأوروبية لتصوير القلب والأوعية الدموية
- دبلوم d'ETO - الجمعية الأمريكية لتخطيط صدى القلب

08 août 2022

Mr. SERRAR Mustapha

1/ LIBOSTIM

1 gel le matin 01 mois

125,00



DR. YOUSSEF JARMOUNE
Cardiologue
184, Angle 2mars et BD El Fida, Résidence La Perla
Casablanca
ICE 00 162 8884 0000 84
IMPE 091177212



Centre cardiologie 2mars



✉ jarmounyoussef@gmail.com | ☎ 05.22.82.0220 / 05.22.81.93.03

📍 184, Angle BD 2 Mars et BD El Fida, Résidence La Perla Casablanca.
184, زاوية شارع 2 مارس و شارع الفداء، إقامة LA PERLA الدار البيضاء.