

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

M22- 0025618

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0025618

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 :

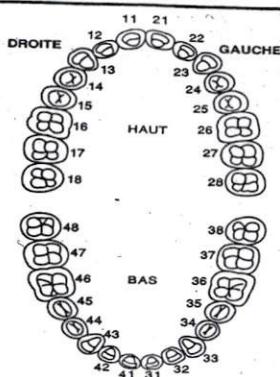
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

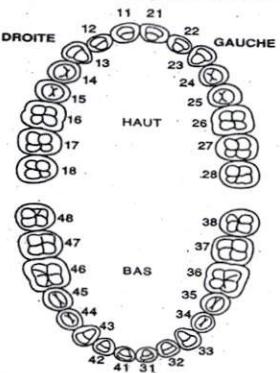
Coefficient des travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

DROITE	11 21	GAUCHE	22
12	13	23	24
14	15	25	26
16	17	27	28
18			
48	38	37	36
47	39	35	34
46	40	33	32
45	41	31	30
44	43	32	31
42	41	31	30

Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

DECLARATION N° **P 14/0015426**



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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

Mle

**Cachet
MUPRAS**



P 14 / 0015426

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

Nom & Prénom

Fonction

Phones

Mail

P. Powell

Signature de
l'adhérente

MEDECIN

Prénom du patient *Benhayaoui Tawia*

Adhérent Conjoint Enfant Age

Date *30/08/2022*

Nature de la maladie

Date 1ère-visite

Hypertension Aînéelle

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

*OS
ECG*

KG,5

300,00

PHARMACIE

Date *30/08/22*

Montant de la facture

943,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

الدكتور عبد الجليل البارودي

اختصاصي مجاز في أمراض القلب والشرايين

Dr Abdeljalil EL BAROUDI

Cardiologue

05 24 43.02.86 / 05 24 43.11.83

Whatsapp : 06 66 41 66 16

INPE : 071048284

E.G.G, HOLTER-E.C.G

ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

HOLTER TENSIONNEL

Marrakech le 30.08.2022

89,00

Mme Touria BENHAYOUN

Conseils et recommandations : régime peu salé.

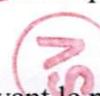
97, 33
97, 33

ZANIDIP 10



COVERSYL 5

un comp le matin avant le petit déjeuner



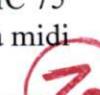
STATICOL 20

un comp le soir



KARDEGIC 75

un sachet à midi



DIAMICRON 30

un comp le matin avec le petit déjeuner.

20703
9200

Ordonnance renouvelable jusqu'au prochain contrôle dans trois mois.

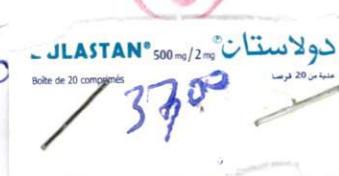
OSMOSINE

Deux cuillères mesures le soir au coucher.

DULASTAN 500/2

Deux comps matin et soir pendant deux jours.

37,00
943,85



ICE : 001590568000056

زنقة موريطانيا - جليز مراكش - 40 000 - Rue Mauritania - Guéliz, Marrakech

Dr. Abdeljalil EL BAROUDI

Cardiologue

Rue Mauritania - Marrakech

Tél : 05 24 43 02 86 / 05 24 43 11 83

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70

LOT : 21E004
PER. : 10 2022



6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70

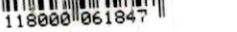
LOT : 21E007
PER. : 02 2023



6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70

LOT : 21E10
PER. : 05 2023



6 118000 061847

92,00

92,00

92,00

LCT 221049
EXP 04 2025
PPV 97.20

ZANIDIP® 10mg

Chlorhydrate de lercanidipine

LOT 211293 1

EXP 05 2024

P.P.V : 97.20 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

6 118000 020844

ZANIDIP® 10 mg
28 comprimés pelliculés sécables
AMM N° 44190/04/21/NS/ODNM



28 comprimés
pelliculés sécables

Voie orale

ZANIDIP® 10 mg

Chlorhydrate de lercanidipine

LOT 201932

EXP 09 2023

PPV 128.00 DH



28 comprimés
pelliculés sécables

Voie orale

AMM N° 27 DMP/21/NRQ

ZANIDIP® 10 mg

28 comprimés pelliculés sécables

Remboursable AMM



6 1 18000 020844

ZANIDIP® 10 mg

Chlorhydrate de lercanidipine

LOT 201932

EXP 09 2023

PPV 128.00 DH



28 comprimés
pelliculés sécables

Voie orale

AMM N° 27 DMP/21/NRQ

ZANIDIP® 10 mg

28 comprimés pelliculés sécables

Remboursable AMM



6 1 18000 020844

Nom **Benhayoune Touria**
N° patient **A.77.90**

Date de naiss... **01.01.1941** N° visite
Sexe **Féminin** Chambre
Taille **148 cm** Traitement
Poids **64 kg** N° requête
Ethnique **Non défini** Émetteur de l...
Pacemaker **Inconnu** Prot. requ.

Indication
Remarque

3h = 119154
BD = 123168.

30.08.2022 13:39:22
ECG de repos

FC **69 bpm** RR **873 ms**
P **110 ms**
PR **126 ms**
Axe P **47 °** QRS **90 ms**
Axe QRS **51 °** QT **422 ms**
Axe T **71 °** QTcB **452 ms**

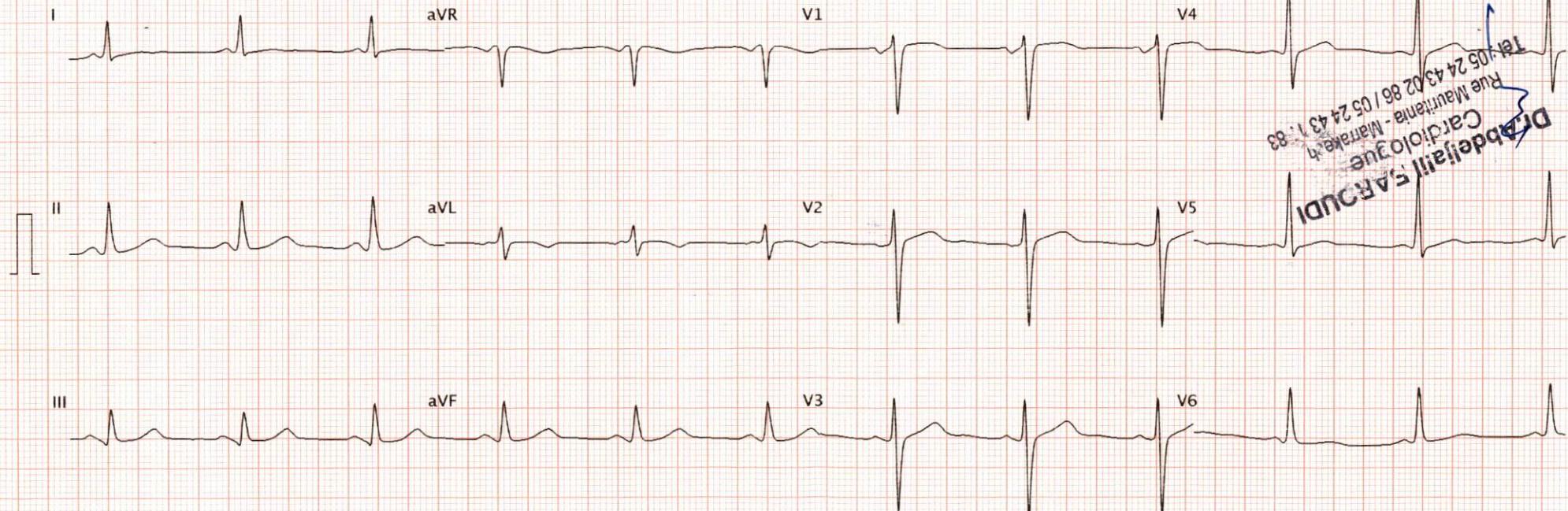
Rythme sinusal
Axe électrique normal
ECG normal

Rapport non confirmé

Méd. réf.
Méd. traitant

Normal

Trace sans anomalies significatives -



25 mm/s, 10 mm/mV

Séquentiel

FPB 25 Hz, AC 50Hz



25 mm/s, 10 mm/mV

FPB 25 Hz, AC 50Hz