

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0006509

141082

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3567 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Rhaoufacha Noureddine
Date de naissance : 01/01/1957
Adresse : IMM77 APP3 Rue 2 ELAULFACASA
Tél : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 17/11/2022
Nom et prénom du malade : Rhaoufacha Noureddine
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : CHRONOPATHIE
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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 11/12/2022

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

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
17/11/2022	ECG		1500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE SARANAZ
S.A.R.L. A-U
140 Lot Smiraida Lissasfa
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

17/11/2022 2501,00

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 des Honoraires AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

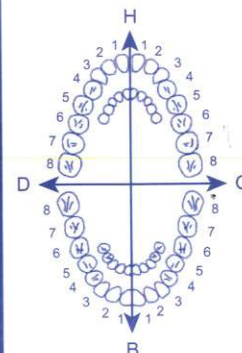
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mehdi BENJELLOUN

Spécialiste des maladies

du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون

إختصاصي في أمراض القلب

والشرايين

Casablanca, le : 17/11/2022

4010038
6 118001 130047
AMM n° : 564/17 DMP/21/17
CORALAN 5 mg
56 comprimés pelliculés
PPV : 448.00 DH
Servier Maroc - Casablanca

4010038
6 118001 130047
AMM n° : 564/17 DMP/21/17
CORALAN 5 mg
56 comprimés pelliculés
PPV : 448.00 DH
Servier Maroc - Casablanca

RHOUFACHA Noureddine

14010038
6 118001 130047
AMM n° : 564/17 DMP/21/17
CORALAN 5 mg
56 comprimés pelliculés
PPV : 448.00 DH
Servier Maroc - Casablanca

14011019
6 118001 130030
AMM n° : 563/17 DMP/21/NRO
CORALAN 5 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 262.00 DH
Servier Maroc - Casablanca

CARDIOASPIRINE 100

1 comprimé à midi après le repas, pendant 3 mois

CORALAN 5

1 comprimé matin et soir, pendant 3 mois

DICARVEL 6.25

1/2 comprimé le matin, pendant 3 mois

COSTAL 20

1 comprimé le soir, pendant 3 mois

DRESS

1 comprimé, matin et soir

DRAINASTIM GEL

1 comprimé, matin et soir

CERUVIN 75

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

LOT : 220582
EXP : 05/2025
PPV : 99,00DH
: N LOT

DMP: 5353/19234/2015 UPCHC/DMP20
LOT: 032620
EXP: 07/2026
PVC: 132.00DH

PPV : 160DH00
Lot n° :
Exp :

شهادة - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 0604.72.39.14 - 0522.91.07.62 - البريد الإلكتروني :
dia - EL Oulfa - Casablanca - Tél : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 E-mail :

PPV : 85DH00
Lot n° :
Exp :

PHARMACIE SARANAZ
A-U
da Lissasfa
20 07

PHARMACIE SARANAZ
S.A. A-U
Lot Smiralda Lissasfa
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

17-Nov-2022 12:04:40 Fréq. Card.: 72 BPM
Axes P-R-T: 58 37 56 Int PR: 159ms
Dur.QRS: 76ms QT/QTc: 361/385ms

17-Nov-2022 12:04:40

Dr. Mehdi BENJELLOUN : $\frac{1}{2} \log 2$

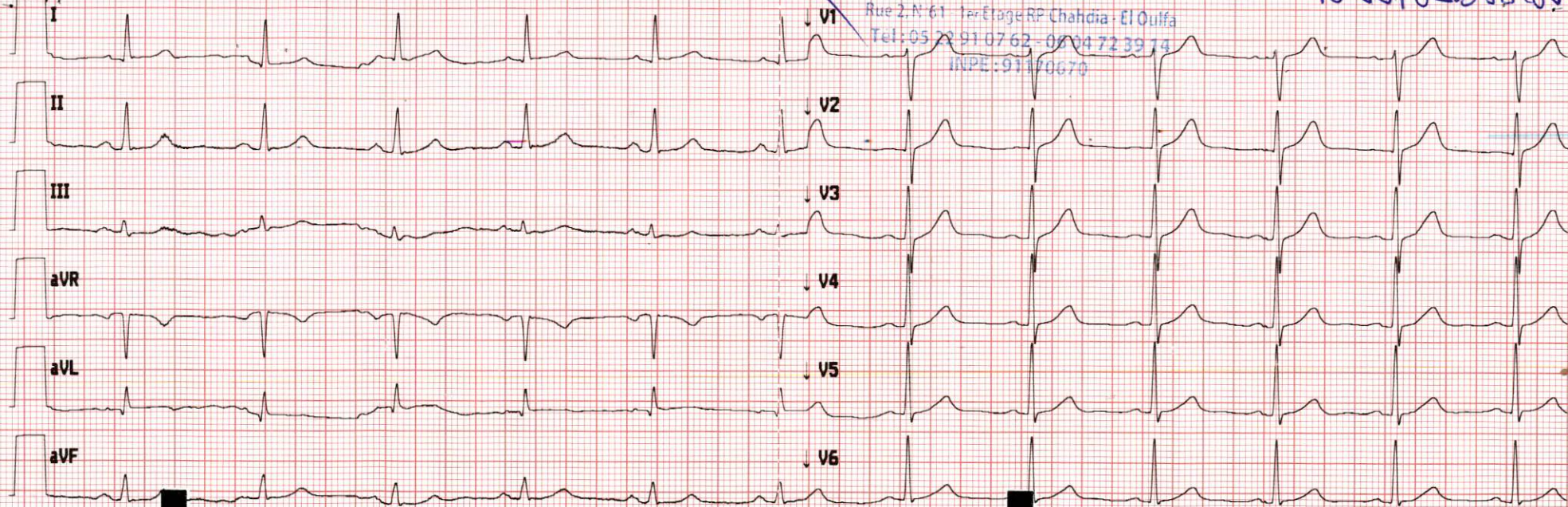
CARDIOLOGUE

Rue 2, N° 61 - 1er Étage RP Chadia - El Oulfa

Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 74

INPE:91170670

KURATANA NOTATIONS



114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site # 0 App.# 0

Version 2.0.3.5 Séquence #26291 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz