

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, parodontologie 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- 0006612

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2525 Société : RAM 142222
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZOUINE ABDELKRIM
 Date de naissance : 15/06/1948
 Adresse : RUE IBRAHIM EL KAFFAN 1^{er} Etage
 Apt n° 2 9AAAEF Casa
 Tél : 0658903371 Total des frais engagés : 730,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mehdi BENJELLOUN
 Cachet du médecin : Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chahdia - El Oulfa
 Tél : 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
 INPE : 91170670
 Date de consultation : 20/12/2022
 Nom et prénom du malade : SADAWI KHANISA Age : 54 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA
 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 : Casa Le : 23/06/2022
 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

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
20/12/22	ECG	150/00	100/00	Dr. H. BENTEL CARDIOLOGUE Rue 2, N°61 - 1er Etage HP Chahdia - FLOU Tel: 05 24 91 07 62 - 06 04 72 39 14 INPE: 91170670

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/12/2022	481,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

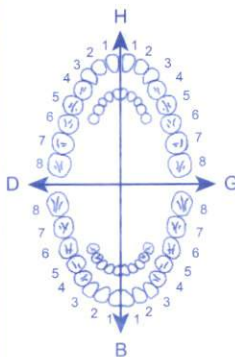
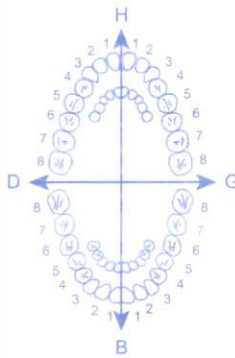
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div> G 00000000 00000000 11433553 00000000 </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

Dr. Mehdi BENJELLOUN

Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Casablanca, le :
20/12/2022

Nom et Prénom :

SADAWI Khadija

134,50 x 3
402,90

CO IRBESAR 150/12.5

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

REXABAN 15

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

79,00
D87288

Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
Rue 2° N° 61 - 1er Etage - Rp Chhdia - EL Oul.
Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
INPE: 91170670

481,90

الدكتور مهدي بنجلون
CARDIOLOGUE
Rue 2° N° 61 - 1er Etage - Rp Chhdia - EL Oul.
Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
INPE: 91170670



MACIE NARJISS

Lot :
DLC :
P.P.C : 79,00 DH
DS09/21
09/2024

PPV : 134DH30

Lot n° :

Exp. :

ايريزار[®] صان
هيدرو كلورو ثايد / قرصان

عن طريق الفم

CORBESAP[®] SUN 150mg/12.5mg
Boite de 28
comprimés pelliculés
Voie orale



113000 380511

Médicament Autorisé N°:
18/15DMP/21/NCN

PPV : 134DH30

Lot n° :

Exp. :

ايريزار[®] صان
هيدرو كلورو ثايد / قرصان

عن طريق الفم

CORBESAP[®] SUN 150mg/12.5mg
Boite de 28
comprimés pelliculés
Voie orale



113000 380511

Médicament Autorisé N°:
18/15DMP/21/NCN

PPV : 134DH30

Lot n° :

Exp. :

ايريزار[®] صان
هيدرو كلورو ثايد / قرصان

عن طريق الفم

CORBESAP[®] SUN 150mg/12.5mg
Boite de 28
comprimés pelliculés
Voie orale



113000 380511

Médicament Autorisé N°:
18/15DMP/21/NCN

☒ valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input checked="" type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	
Certifie que Mlle, Mme, M. : <u>SADAWI LKHANJA</u>	
Présente <u>une HTA + PHÉRIE à rythm</u>	
Nécessitant un traitement d'une durée de : <u>3 mois</u>	
Dont ci-joint ordonnance : <u>CO TRAPAZOL + REXABAN</u>	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

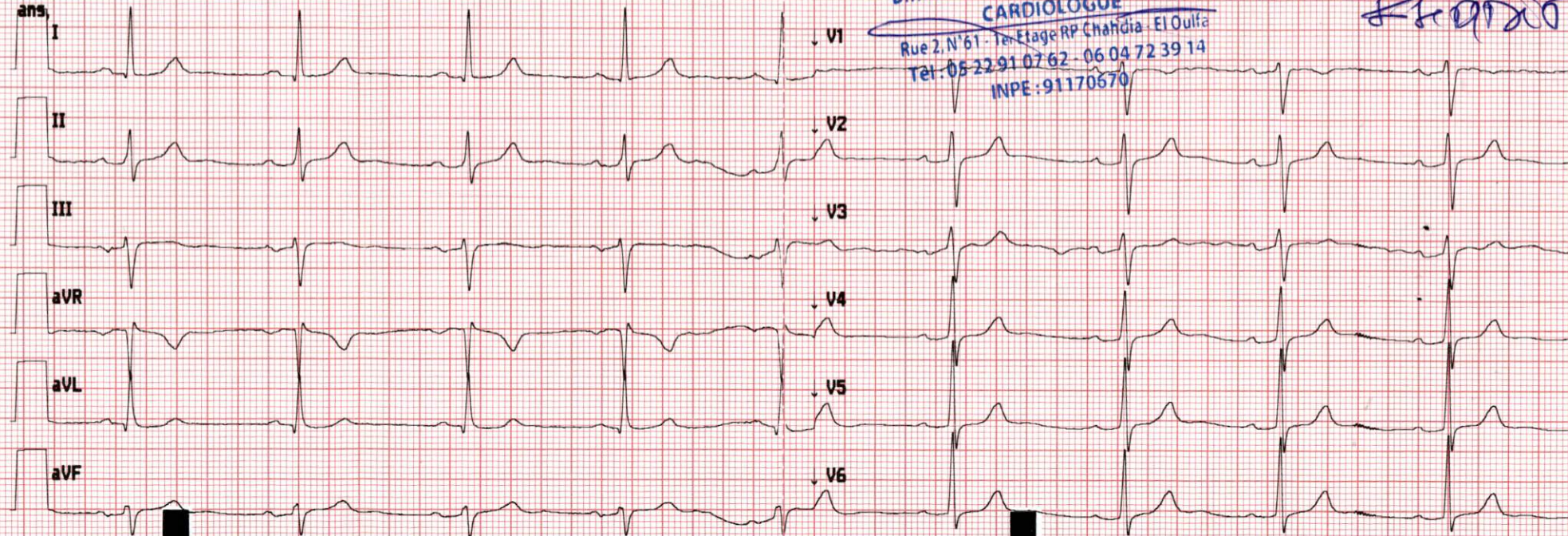
ID:
D-naiss:
ans,

20-Déc-2022 14:21:08 Fréq. Card.: 55 BPM
Axes P-R-T: 11 -10 32 Int PR: 201ms
Dur.QRS: 106ms QT/QTc: 414/402ms

20-Déc-2022 14:21:08

الدكتور مهدي بنجلون
Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chadia - El Oulfa
Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
INPE: 91170670

SADAWI
Khayon



114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site * 0 App.* 0

Version 2.0.3.5 Séquence *26818 25mm/s 10mm/mV 0.05-40*Hz