

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

- 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.

N° W21-771224

Par courrier

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 2485		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : Retraité	
Nom & Prénom : LATIGA MOHAMMED			
Date de naissance : 1956			
Adresse : RUE EL MAGHREB EL AARAB N. 104			
Tél. : 0673 871254		Total des frais engagés : 637,90 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : LATIGA Meryem Age : 69

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 : 05/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
24/11/2022	15	30		INP : 0011111111 DR. YOUSSEF A. RÉSIDENCE 2004 - 65M 06

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE BADR BEN IDRAR Dr BELHADJ STEFA Ilyes L. Hassan II 100 Badr Ben IDRAR Tel: 0524 365650 03 02	24/11/2022	3371.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, 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"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 B	<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. YOUSSEF DERRAZ
CARDIOLOGUE
CARDIOLOGUE INTERVENTIONNEL
Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et Paris
Diplômé de Cardiologie Interventionnelle - Université Paris Descartes
Diplômé d'Échographie - Université Victor Segalen Bordeaux 2



الدكتور يوسف دراز

أخصائي أمراض و توسيع شرايين القلب

طبيب داخلي سابق بالمستشفيات الجامعية ببارياط و باريس

دبلوم قسطرة القلب و توسيع الشرايين التاجية - جامعة باريس

دبلوم فحص القلب بالصدى - جامعة بوردو فرنسا

24 décembre 2022

Oujda le :

و جهة في :

Nom : Latigui

Prénom : Meryeme

PHARMACIE BADR BENI DRAR

Dr. BELMOUSTEFA Ilyas

Bd. Hassan II, Lot. Badr Beni Drar

Tel : 05 36 65 03 03

Ordonnance

20910
1-Aprovasc 300/10: 0-0-1
2-Cardioflex 100: 1-0-0
3-Cardensiel 5: ½-0-0
4-Prazol 20: 1-0-0

23 fd x 3 = 70,80
58,10

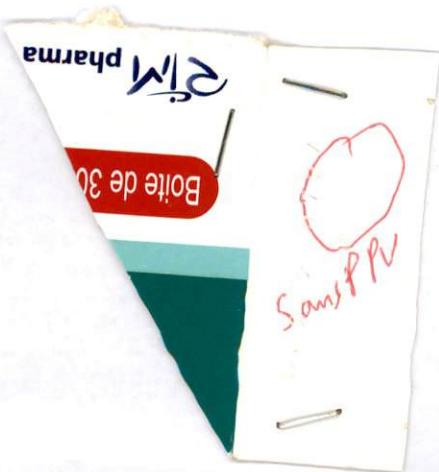
TTT. 3 mois

PHARMACIE BADR BENI DRAR
Dr. BELMOUSTEFA Ilyas
Bd. Hassan II, Lot. Badr Beni Drar
Tel : 05 36 65 03 03

DR YOUSSEF DERRAZ
CARDIOLOGUE INTERVENTIONNEL
Tél: 05 36 70 70 04 - GSM: 06 61 43 88 63

4, Résidence al amal, bureau 5 BD.Allal ben abdelah 05 36 70 70 04
4, إقامة الأمل مكتب 5,شارع علال بن عبد الله 06 61 43 88 63





F 60U16

cabinet de cardiologie Dr derraz

Name:latigui meryeme

Cli No.:

Sex:Male

Age:

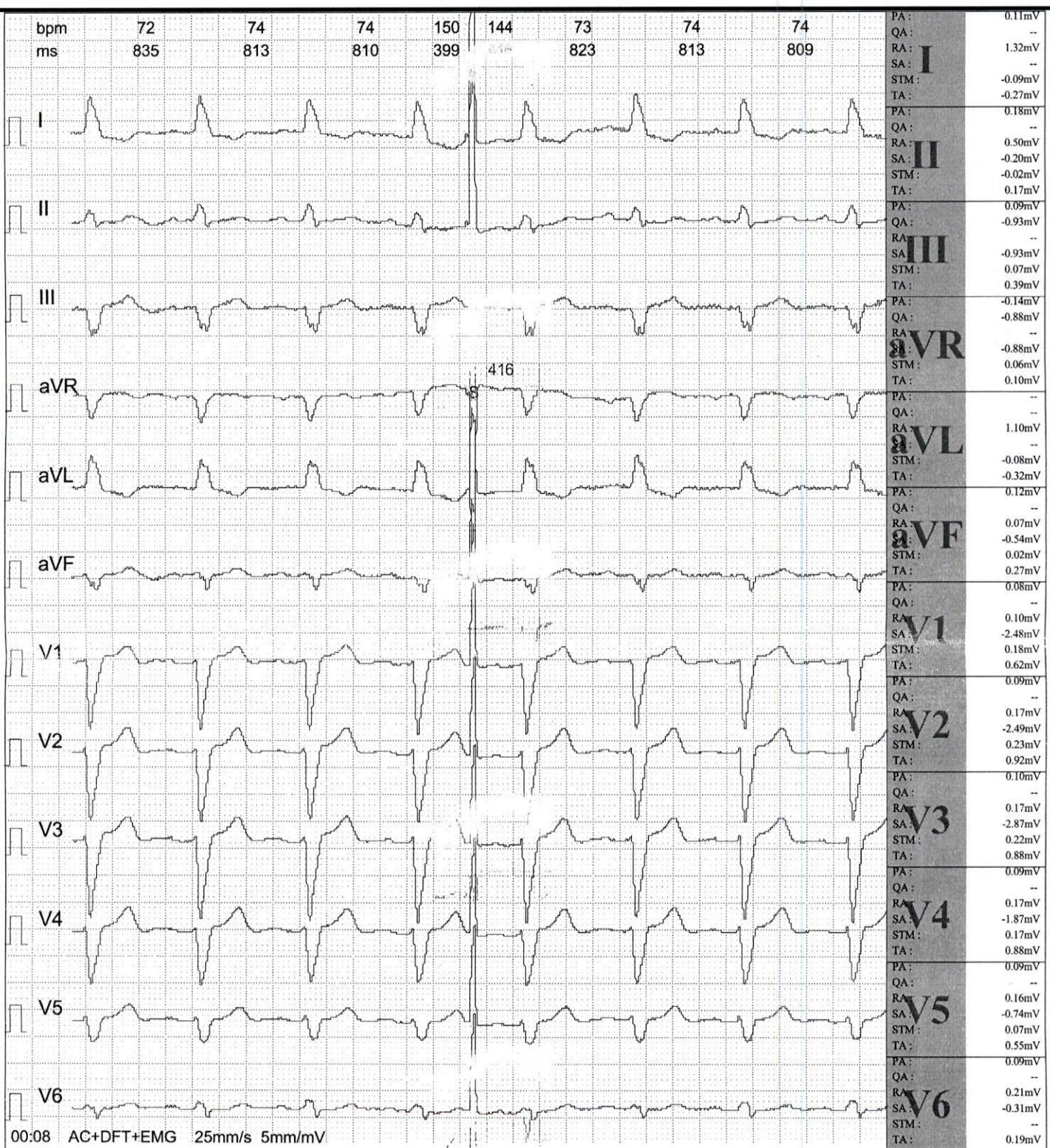
SN:0008492

Section:

CaseNo.:

BedNo.:

Date:24/12/2022 09:33:34



Frequency:	1000Hz	QT Interval:	384ms	Prompt:
Sample Time:	22s	QTc Interval:	441ms	Total Beats 27 ,Normal Beats 25 ,SVE 1 ,VE 1 .
HR:	79bpm	P Axis:	53.00°	Middling Left axis deviation; I AV block; ST depression, high lateral myocardial ischemia; Abnormal T wave;
P Interval:	131ms	QRS Axis:	342.30°	
QRS Interval:	162ms	T Axis:	136.50°	
T Interval:	166ms	RV5/SV1	0.16/2.48mV	
PR Interval:	202ms	RV5+SV1	2.64mV	

Doctor: