

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.
- Le suivi post-traitement 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-727593

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2074 Société : 167058
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : Benamar Mhammed
 Date de naissance : 15-07-1953
 Adresse : Hay elmohammadi lot elouakda rue Khalek ben OUALID N° 15 OUDJA
 Tél. : 06 11 87 25 96 Total des frais engagés : 528,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/4/2023
 Nom et prénom du malade : Benamar Mhammed Age : 68
 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 : OUDJA Le : 15/06/2023

Signature de l'adhérent(e)

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
12/11/2023	CS		3000 DA	INP 08MA1636

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie AL KAST
EL MEKKA OUI KAOUTAR
D. en Pharmacie
Tél : 05 36 52 44 94
Rue Abdelkader El Djezairi
12/04/23 228,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien Date des Soins Nombre Montant détaillé 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

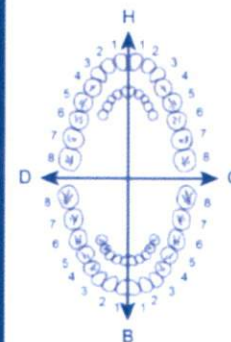
Important :

Veillez 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

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []



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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[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

Dr. YOUSSEF DERRAZ
CARDIOLOGUE
CARDIOLOGUE INTERVENTIONNEL
Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et Paris
Dipômé de Cardiologie Interventionnelle - Université Paris Descartes
Diplômé d'Echocardiographie - Université VictorSegalen Bordeaux2



الدكتور يوسف دراز
أخصائي أمراض و توسيع شرايين القلب
طبيب داخلي سابق بالمستشفيات الجامعية بالرباط و باريس
دبلوم قسطرة القلب و توسيع الشرايين التاجية - جامعة باريس
دبلوم فحص القلب بالصدى - جامعة بوردو فرنسا

Oujda le :

وجدة في :

12 avril 2023

Nom : Benamar
Prénom : Mhammed

Ordonnance

1-Inikal 10:

0-0-1



TTT 3 mois

صيدلية "ال" AL Kasr
Rue El Wanda, Rue Abou Bakr Sidiq + 786 - Coud
Tel: 06 61 43 88 63

Dr. YOUSSEF DERRAZ
Cabinet Cardiologie
4, Résidence al amal, bureau 5
Bd. Allal Ben Abdellah, Oujda
Tel: 05 36 70 70 04 - GSM: 06 61 43 88 63

Patel
22800

4, Résidence al amal, bureau 5 BD.Allal ben abdellah ☎ 05 36 70 70 04

4, إقامة الأمل مكتب 5, شارع علال بن عبدالله ☎ 06 61 43 88 63



LOT : 221208

EXP : 09/2025

PPV : 76,00 DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

10 ملغ

أملوديبين

إحتار

عن طريق الفم
30 قرصا

MC PHARMA
Laboratoire pharmaceutique

inikal® 10 mg

Amidopline

30 comprimés



6 118000 340140

AMM N° : 254/DMP/21/NNP



Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance
Tableau A (Liste I)

MC PHARMA S.A. Bachkou, Lot 10 Rue 7
Casablanca - MAROC
O. MOTIL - Pharmacien Responsable
Fabriqué par Cooper Pharma
Douar Ouled Abou - Tit Melill
Casablanca

LOT : 221208

EXP : 09/2025

PPV : 76,00 DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT, AV. :

10 ملغ

أملوديبين

إحتار

عن طريق الفم
30 قرصا

MC PHARMA
Laboratoire pharmaceutique

inikal® 10 mg

Amidopline

30 comprimés



6 118000 340140

AMM N° : 254/DMP/21/NNP



Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance
Tableau A (Liste I)

MC PHARMA S.A. Bachkou, Lot 10 Rue 7
Casablanca - MAROC
O. MOTIL - Pharmacien Responsable
Fabriqué par Cooper Pharma
Douar Ouled Abou - Tit Melill
Casablanca

LOT : 221208

EXP : 09/2025

PPV : 76,00 DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

10 ملغ

أملوديبين

إحتار

عن طريق الفم
30 قرصا

MC PHARMA
Laboratoire pharmaceutique

inikal® 10 mg

Amidopline

30 comprimés



6 118000 340140

AMM N° : 254/DMP/21/NNP



Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance
Tableau A (Liste I)

BENAMAR

cabinet de cardiologie Dr c

Name:

Cli No.:

Sex:

Age:

SN:0010968

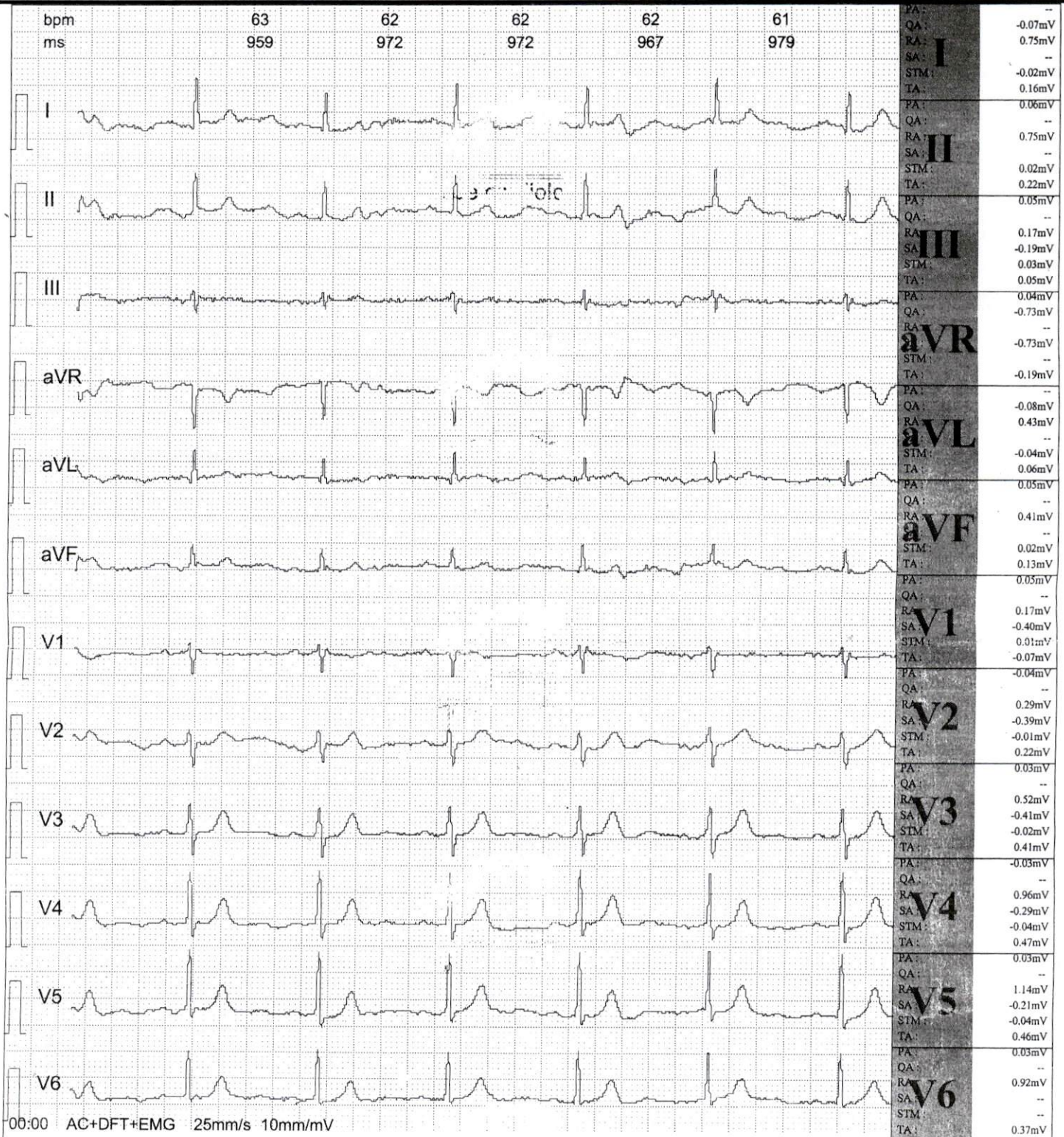
M'HAMMED

Section:

CaseNo.:

BedNo.:

Date:12/04/2023 13:01:34



00:00 AC+DFT+EMG 25mm/s 10mm/mV

Frequency:	1000Hz	QT Interval:	390ms
Sample Time:	19s	QTc Interval:	393ms
HR:	61bpm	P Axis:	162.10jā
P Interval:	262ms	QRS Axis:	40.70jā
QRS Interval:	91ms	T Axis:	48.30jā
T Interval:	184ms	RV5/SV1	1.14/0.40mV
PR Interval:	304ms	RV5+SV1	1.54mV

Pront:

Total Beats 18 ,Normal Beats 18 .
Cardiac electric axis normal;I AV block;

Doctor: