

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Déclaration de Maladie

M23- N° 0030762

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 429 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : NOUVEAU

Nom & Prénom : Benhayoun Touria

Date de naissance : 14 NOV 2023

Adresse : 1 BOULEVARD

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14 NOV 2023

Nom et prénom du malade : Benhayoun Touria 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient													
					Coefficient des travaux <input type="text"/>												
					Montant des soins <input type="text"/>												
					Début d'exécution <input type="text"/>												
					Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>												
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins <input type="text"/>
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>												
					Fin d'exécution <input type="text"/>												
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution															

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 14 / 0015426	 Cachet MUPRAS
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			



P 14 / 0015426

DATE DE DEPOT

...../...../201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle		Signature de l'adhérent							
Nom & Prénom.....											
Fonction.....		Phones.....									
Mail.....											
MEDECIN		Prénom du patient <u>Benhayane Towia</u>									
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age.....		Date <u>08.11.2023</u>							
Nature de la maladie		Date 1ère visite.....									
<u>Hypertension Antérieurelle</u>											
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances											
<table border="1"> <tr> <td>Nature des actes</td> <td>Nbre de Coefficient</td> <td>Montant détaillé des honoraires</td> </tr> <tr> <td><u>ECG</u></td> <td><u>K6,5</u></td> <td><u>300,00</u></td> </tr> </table>						Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	<u>ECG</u>	<u>K6,5</u>	<u>300,00</u>
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires									
<u>ECG</u>	<u>K6,5</u>	<u>300,00</u>									
PHARMACIE			Date <u>8/11/23</u>								
Montant de la facture			<p><u>562,60</u></p> <p>Signature</p> <p>PHARMACIE MOHAMMADIA</p> <p>Mme. F. Fakhri - Marakech</p> <p>05 24 30 28 78</p>								
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			Date.....								
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		CACHET							
AUXILIAIRES MEDICAUX			Date.....								
Nombre				Montant détaillé des Honoraires							
AM	PC	IM	IV								
				CACHET							

الدكتور عبد الجليل البارودي

اختصاصي مجاز في أمراض القلب والشرابين

Dr Abdeljalil EL BAROUDI
Cardiologue

05 24 43.02.86 / 05 24 43.11.83

Whatsapp: 06 66 41 66 16

INPE : 071048284

LOT : ZZE004
PER: 02 2024

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



E.C.G, HOLTER-E.C.G
ECHO-DOPPLER CARDIAQUE
ET VASCULAIRE
HOLTER TENSIONNEL

Marrakech le 08.11.2023

Mme Touria BENHAYOUN

Conseils et recommandations : régime peu salé.

ZANIDIP 10

un comp le matin avant le petit déjeuner.

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

METFORMINE 1000

un matin, midi et soir.

LOT : ZZE006
PER: 03 2025

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



LOT : ZZE006
PER: 01 2024

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



LOT : ZZE009
PER: 09 2024

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



LOT : ZZE007
PER: 06 2024

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



LOT : ZZE002
PER: 09 2023

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



صيدلية المحمدية
PHARMACIE MOHAMMADIA
Mme DEBBACHI A.
N° 100 Av. Palestine - Marrakech
Tél : 05 24 38 28 78

Ordonnance renouvelable jusqu'au prochain contrôle dans quatre mois.

D – CURE : 25 000 u

une ampoule buvable par mois sans interruption.

Dr. Abdeljalil BAROUDI
Cardiologue

Rue Mauritania - Marrakech

Tél : 05 24 43 02 86 / 05 24 43 11 83

ICE : 001590568000056

زقة موريطنيا - جليز مراكش - 40 000 - Rue Mauritania - Guéliz, Marrakech

زاندبير[®] 10 ملغ

كلورهيدرات ليركانيديين



28

قرصا ملبسا قابلا للكسر

عن طريق الفم

LOT 223650
EXP 10 2025
PPV 97.20



زاندبير[®] 10 ملغ

كلورهيدرات ليركانيديين



28

قرصا ملبسا قابلا للكسر

عن طريق الفم

LOT 223650
EXP 10 2025
PPV 97.20



COVERSYL®

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

5 mg

30

Comprimés pelliculés sécables



92,00



COVERSYL®

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

5 mg

30

Comprimés pelliculés sécables



92,00

Nom Benhayoune Touria
N° patient A.77.90

08.11.2023 10:14:12
ECG de repos

Dr EL BAROUDI Abdeljalil



SCHILLER
The Art of Diagnostics

Date de nais... 01.01.1941
Âge 082Y
Sexe Féminin
Ethnique Non défini
Taille 148 cm
Poids 63 kg

N° visite
Chambre
N° requête
Émetteur de...
Méd. réf.
N° appareil AT 102 G2

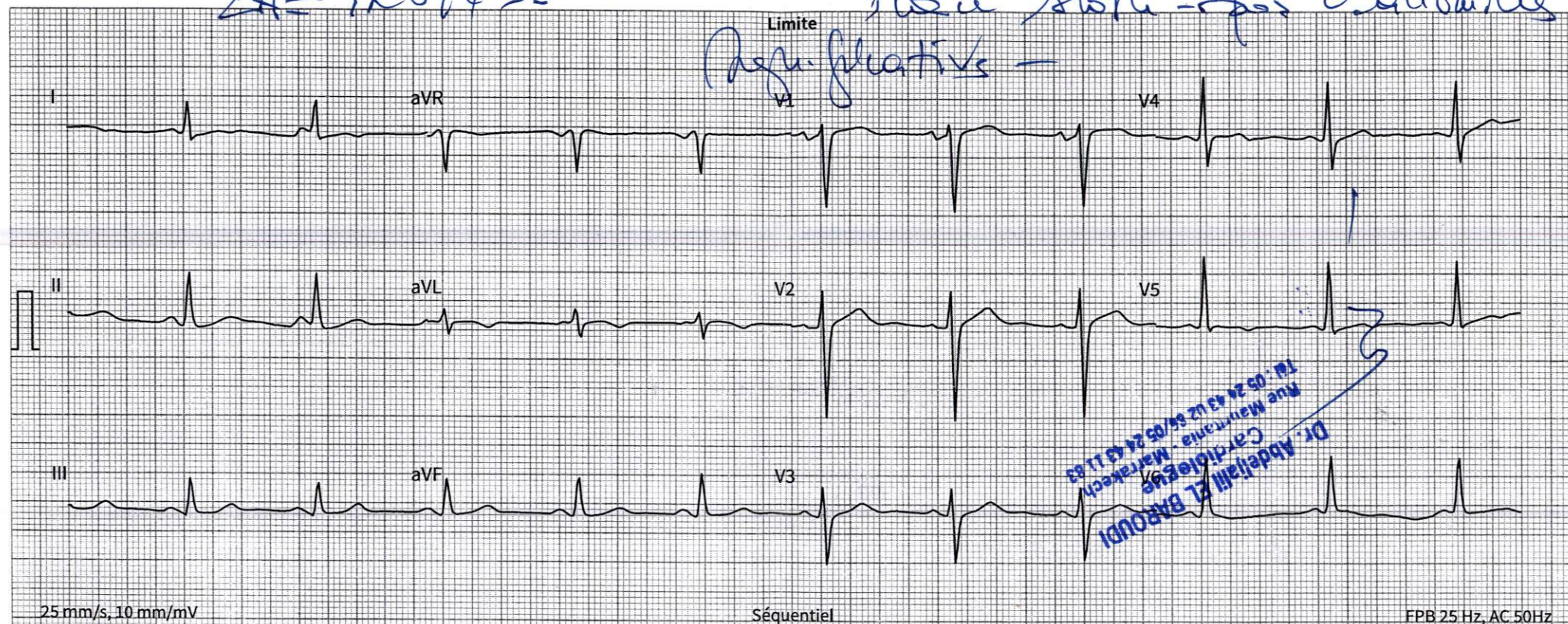
FC 69 bpm
RR 873 ms
P 111 ms
PR 136 ms
QRS 92 ms
QT 405 ms
QTcB 433 ms
Axe P 47°
Axe QRS 55°
Axe T 91°

Rythme sinusal
Axe électrique normal
Anomalie T non spécifique
ECG probablement normal
Rapport non confirmé

Traitement
Remarque

2A=126143-

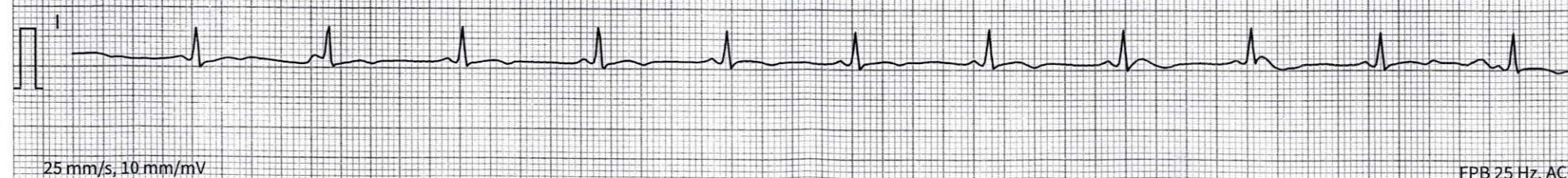
Limite
Régulatif -
Régulatif - pas d'anomalie



25 mm/s, 10 mm/mV

Séquentiel

FPB 25 Hz, AC 50Hz



25 mm/s, 10 mm/mV

FPB 25 Hz, AC 50Hz