

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.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0058082

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5279 Société : 201839

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENDANNA Hrd

Date de naissance : 1949

Adresse : 1 Rue AIN AGHBAL Hy SALAH CASAB

Tél. : 0662555641 Total des frais engagés : 568 083 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. RAOUAH MOHAMED AMINE
CARDIOLOGUE INTERVENTIONNEL
Angioplastie Coronaire Et Peripherique
INPE: 09134133

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 1 Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cardiopathie Ischemique

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 : 04/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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
09/04/2024	contrôle	GT		DR RAOUAH MOHAMED AMINE CARDIOLOGUE INTERVENTIONNEL Angioplastie Coronaire Et Périphérique INPE: 091312132

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BENSALHKECH Place Ben Salih Marrakech ICE : 002774614000074 Tél : 05 24 37 89 82	8/4/24	991.000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

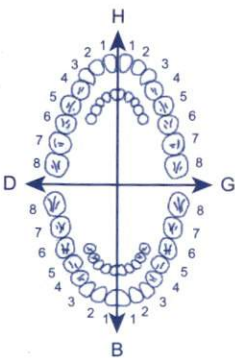
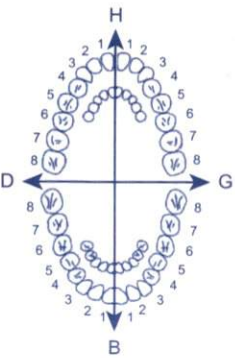
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, 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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <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> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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. M. Amine Raouah

Spécialiste en cardiologie

et maladies vasculaires

cardiologue interventionnel



الدكتور محمد أمين رواج

أخصائي أمراض القلب و الشرايين

قسطرة القلب و الشرايين

- Ancien médecin du CHU Marrakech et de la clinique Louis Pasteur (France)
- Diplômé des facultés de médecine de Marrakech et Paris-Descartes (France)

- طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بمراكش و مستشفى لويس باستور (فرنسا)
- خريج كلية الطب بمراكش و جامعة باريس - ديكرت (فرنسا)

• ECG • Echodoppler cardiaque et vasculaire • Epreuve d'effort • Echo de stress • Cathétérisme • angioplastie coronaire et périphérique

Marrakech, le:.....02/04/2024.....

ORDONNANCE

MOHAMMED BENDANNA

34.60x3

1- lasilix 40 mg cp

1 cp le matin



2- potassium sirop

1 cuillère le matin

3- forxiga 10 mg cp

1 cp a midi

4- coplavix 75/100 mg cp

1 cp le matin



5- cardensiel 1.25 mg cp

1 cp le soir

6- Uperio 50 mg cp

1/2 cp le matin

1/2 cp le soir



7-Aldactone 50 mg cp

1 cp a midi

56.80x3

الطابق الأول مكتب رقم 4 مركز الأعمال البركة شارع علال الفاسي - مراكش
1er étage Bureau N°4 Centre d'affaire Al Baraka Bd. Allal El fassi - Marrakech

RDV : 05 24 20 10 07 Urgences : 06 67 12 30 20 docraouah@yahoo.com

58.60
62.70
15330
PHARMACIE BENSALEH KECH
Place Ben Saleh
Marrakech
ICE: 002774630020074
Tél: 05 24 37 89 82



LOT: 23E013
PER: 09 2027

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60
6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60
LOT: 23E011
PER: 08 2027

9. Permixon 160 2P
143.30 2P à Mide
x2



LOT: 23E009
PER: 07 2027
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60
6 118000 060468

PHARMACIE BENSALEH KECH
Place Ben Saleh
Marrakech
ICE: 002774630020074
Tél: 05 24 37 89 82

de 03 Mois

6 118001 100842
Cardensiel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 77,80 DH

6 118001 100842
Cardensiel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 77,80 DH

ALDACTONE® 50mg
P.P.V: 56,80 DH
6 118001 170029

ALDACTONE® 50mg
P.P.V: 56,80 DH
6 118001 170029

ALDACTONE® 50mg
P.P.V: 56,80 DH
6 118001 170029

UROSTA®
Oxybutyline 5 mg
60 Comprimés sécables
6 118000 040866
PPV: 62DH70
PER: 04/26
LOT: M1312

UROSTA®
Oxybutyline 5 mg
60 Comprimés sécables
6 118000 040866
PPV: 58 DH 60
PER: 11/26
LOT: M3987

Permixon 160 mg
30 GÉLULES
6 118001 181957

Permixon 160 mg
30 GÉLULES
6 118001 181957

Permixon 160 mg
30 GÉLULES
6 118001 181957

RDV le 25/04/2024

Permixon 160 mg
30 GÉLULES
6 118001 181957