

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.

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° W21-798723

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 535

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUJLIL JILALI

209 N 29

Date de naissance :

Adresse : Lot E Nou R. 8 n° 8 Hay Hassani

BP 20230 Casab

Tél. : 0661975485

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/07/2014

Nom et prénom du malade : JEDYLA DR. ANNA

Age :

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/10/14 2014

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-798723

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
16/01/24				INP : 09M81628 Dr BEN CHAKROUNE Driss Cardiologue - Rythmologue 193 Bd Oum Rabi Oulfa - Casablanca Tél : 05 22 80 00 20 - 09 77 04 78 68

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NIMAT ALLAH Dr. Asmaa BAKRY 193 Hanane N°5 Deroua Tél : 05 22 53 21 26 NPE 62078001	16/01/24	1142,10 DH

ANALYSES - RADIGRAPHIES

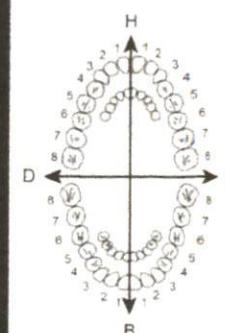
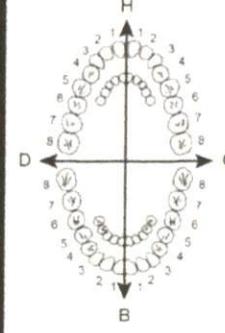
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Le 14/01/2024	Imp. 14011057	6 118001 130269 COSYREL 5mg/5mg-○ 30 comprimés pelliculés sécables PPV : 98,10 DH Servier Maroc - Casablanca	Le 14/01/2024	Imp. 14011057	6 118001 130269 COSYREL 5mg/5mg-○ 30 comprimés pelliculés sécables PPV : 98,10 DH Servier Maroc - Casablanca												
SOINS DENTAIRES		LOT : 231293 EXP : 09/2026 PPV : 155.90DH	LOT : 230058 EXP : 01/2026 PPV : 155.90DH		LOT : 230058 EXP : 01/2026 PPV : 155.90DH												
																	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		MONTANTS DES SOINS													
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412 21433552 00000000 00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000 00000000</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411 11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H	25533412 21433552 00000000 00000000	G	D	00000000 00000000	B		35533411 11433553		<table border="1"> <tr> <td>LOT 220290 EXP 09/2024 PPV 99.00DH</td> </tr> <tr> <td>LOT 220290 EXP 09/2024 PPV 99.00DH</td> </tr> <tr> <td>LOT 220290 EXP 09/2024 PPV 99.00DH</td> </tr> </table>		LOT 220290 EXP 09/2024 PPV 99.00DH	LOT 220290 EXP 09/2024 PPV 99.00DH	LOT 220290 EXP 09/2024 PPV 99.00DH
H	25533412 21433552 00000000 00000000	G															
D	00000000 00000000	B															
	35533411 11433553																
LOT 220290 EXP 09/2024 PPV 99.00DH																	
LOT 220290 EXP 09/2024 PPV 99.00DH																	
LOT 220290 EXP 09/2024 PPV 99.00DH																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET		IN													

Dr Driss BENCHAKROUNE

Cardiologue - Rythmologue

Diplômé de la faculté de médecine de Rabat

Diplômé en rythmologie de l'université de Bordeaux

Ancien médecin des hôpitaux de Bruxelles

Ancien médecin de l'hôpital militaire de Rabat

دكتور بنشررون ادريس

متخصص في أمراض القلب والشرايين

متخصص في اضطرابات نبضات القلب

خريج كلية الطب بالرباط وبوردو (فرنسا)

طبيب سابق بمستشفيات بروكسل (بلجيكا)

طبيب سابق بالمستشفى العسكري (بالرباط)

CABINET DE CONSULTATIONS ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Electrocardiogramme

Echographie cardiaque
trans-thoracique

16/01/2024

ORDONNANCE

Echographie cardiaque
trans-oesophagienne

Echographie doppler
vasculaire

Holter rythmique

Holter tensionnel

Epreuve d'effort

Rythmologie diagnostique
et interventionnelle

Implantation de pacemaker

Implantation de
défibrillateur

Electrophysiologie
endocavitaire

Exploration des troubles
du rythme cardiaque
et palpitations

Mme ABDELAFDIL Amina

3 x 98,10'

COSYREL 5/5 mg: 1/2 comp x 2 par jour

3 x 27,70'

CARDIOASPIRINE 100 mg : 1 comp /jour au cours du repas de

midi

3 x 155,90'

LD-NOR 40 mg : 1 comp par jour le soir

3 x 99,00'

OEDES 20 mg : 1 gelule par jour le matin (au besoin)

— AMEP 5 mg : 1 comp par jour (si TA 14/9)

1142110

(TRAITEMENT DE 03 MOIS / ne pas arrêter sans avis médical)

- Prochain RDV : 03 mois (le/...../.....) -

PHARMACIE
VIMAT ALLAH
Dr. Asmaa MAKRY
Dr. Hanane NEZ
Casablanca
Tél: 0522 53 21 26

Dr. BENCHAKROUNE Driss
Cardiologue - Rythmologue
193, Bd Oum Rabii - Oulfa - Casablanca
Tel. 05 22 90 80 20 - 07 77 04 78 68

193 شارع أم الريـع - ولـفا - الـبيـضاء
(au dessus laboratoire ORBIO - Face Lydec)

Tel: 05 22 90 80 20

Portable/WhatsApp : 07 77 04 78 68

06 61 29 13 24

Email : driss.benchakroune@gmail.com

