

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

M22- N° 003789

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5279 Société : CS
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : BENDANNA. Mohamed
Date de naissance : 1949
Adresse : 1 Rue AIN ABHALLAH SALAH. CAPA CIL
Tél. : 06 62 555641 Total des frais engagés : 56 10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Med Amine Raouah
Cardiologue Interventionnel
05 24 20 10 07 / 06 67 12 30 20
INPE : 09 13 12 13 2
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : BENDANNA. Mohamed 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 : MAKIN KASSA
Signature de l'adhérent(e) :
Dr. Med Amine Raouah
Cardiologue Interventionnel
05 24 20 10 07 / 06 67 12 30 20
INPE : 09 13 12 13 2

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BENSALHKECH Pharmacie Ben Saleh Marrakech ICE : 002774614000074 CE : 05 24 37 89 82 Tél : 05 24 37 89 82	14/13/21	56,10

ANALYSE RADIOGRAPHIQUES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

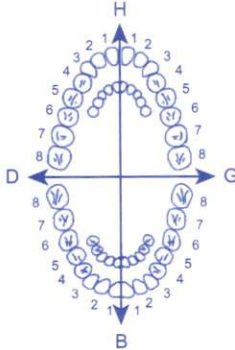
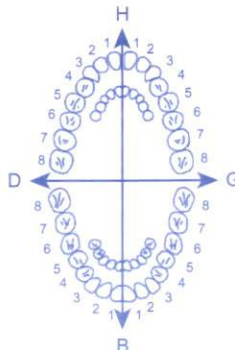
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																									
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>D</th> <th></th> <th></th> <th>B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D			B	00000000		00000000		35533411		11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																										
25533412	21433552																											
00000000	00000000																											
D			B																									
00000000		00000000																										
35533411		11433553																										
	[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 رواح
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 - ديكرات (فرنسا)

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

Marrakech, le:14/03/2024.....

PHARMACIE BENSALEHKECH
Place Ben Saleh
Marrakech



ICE : 002774614000074
Tél : 05 24 37 89 82

ORDONNANCE



MOHAMMED BENDANNA

PHARMACIE BENSALEHKECH
Place Ben Saleh
Marrakech



ICE : 002774614000074
Tél : 05 24 37 89 82

NOOTROPYL sirop

N39/0062881

1 càc deux fois par jour

Dr. RAOUAH MOHAMED AMINE
CARDIOLOGUE INTERVENTIONNEL
angioplastie Coronaire Et Peripherique
INPE: 091312132



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



NOOTROPYL® 20 %
PIRACETAM

Solution buvable

Voie orale

Flacon de 125 ml

56/10