

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Prothèse 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

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° P19-0037341

ND: 34016

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4819 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Benjelloun SAHANA Lead

Date de naissance : 04.04.1954

Adresse :

Tél. : 0678025601 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur Allal BERRADA

Cabinet de Cardiologie

Patente : 25109667

CNSS : N° Affiliation : 1300251

Autorisation d'Exercice : 7073/1986

IGR : 34153740

INP: 101032860 - ICE: 801675623000030

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : I.N.S. Coronaires Angor

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) :

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
			gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

20/07/2020

625,10

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

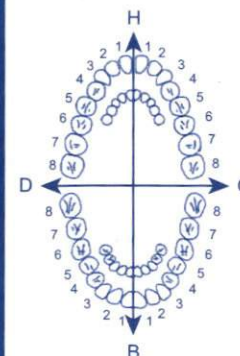
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



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

Docteur Allal BERRADA

Spécialiste des maladies du cœur
et des vaisseaux
Ancien Professeur à la Faculté
de Médecine de Rabat
Cabinet de cardiologie et d'explorations
cardiovasculaires

INP 101032860

SUR RENDEZ-VOUS

الدكتور علال بمرادة

أستاذ (سابق)
بكلية الطب بالرباط
اختصاصي في أمراض القلب
والشرايين
بالميعاد

PHARMACIE SARAH
ADIL SAMIR
Rue Abou Bakr Essidq Imo
Alami - Kéniza Tél. 05 37 36 85 41

Rabat, le : 20/12/2015 في الرباط،

M. BENJELLOUN Saoud

1962

1) Crestor 5mg



2x

1714

2) Caplor 75mg

2x

3) Diamicron 60



2x

784

464x4

625:10

TR. 3

Professeur Allal BERRADA
Cabinet de Cardiologie
Patente 25109667
CNSS : N° Affiliation : 1300251
Autorisation d'Exercice : 1073 / 1986
ISIR : 24-22740

عمارة مولاي اسماعيل - مدخل "C" - زاوية سوسة وشارع مولاي سليمان - قرب الولاية - الرباط
Résidence Moulay Ismail - Entrée "C" - Angle Rue Soussa et Av. Moulay Slimane (en face Wilaya) - Rabat.
Tél. : Cab. : 05 37 70 88 11 / 05 37 70 88 33 - الهاتف : العيادة : Fax : 05 37 72 01 96 - الفاكس :
E-mail : aberrada01@gmail.com - Urgences : Clinique Agdal-Rabat : 05 37 77 22 22/05 37 77 53 44/05 37 77 77 77

44.70

DIAMICRON® 60 mg
Gliclazide
30 Comprimés sécables à Libération Modifiée



احترسوا! اقرأ التعليمات
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة أ: لا يصرّف إلا بحسب وصفة طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Imm. ZEVAO, lot FATH 4
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
Maroc

SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60 mg
30 comprimés



44.70

DIAMICRON® 60 mg
Gliclazide
30 Comprimés sécables à Libération Modifiée



احترموا التعليمات
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة أ: لا يصرّف إلا بحسب وصفة طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Imm. ZEVAO, lot FATH 4
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
Maroc



DIAMICRON® 60 mg
30 comprimés



44.70

DIAMICRON® 60 mg
Gliclazide
30 Comprimés sécables à Libération Modifiée



احترسوا! اقرأ التعليمات
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة أ: لا يصرّف إلا بحسب وصفة طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Imm. ZEVAO, lot FATH 4
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
Maroc

DIAMICRON® 60 mg
SERVIER MAROC
30 comprimés



44.70

DIAMICRON® 60 mg
Gliclazide
30 Comprimés sécables à Libération Modifiée



احترموا التعليمات
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة أ: لا يصرّف إلا بحسب وصفة طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Imm. ZEVAO, lot FATH 4
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
Maroc

SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60 mg
30 comprimés



44.70

DIAMICRON® 60 mg
Gliclazide
30 Comprimés sécables à Libération Modifiée



احترموا التعليمات
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة أ: لا يصرّف إلا بحسب وصفة طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Imm. ZEVAO, lot FATH 4
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
Maroc



DIAMICRON® 60 mg
30 comprimés



Composition :

Clopidogrel (DCI).....75 mg
Excipients q.s.p1 comprimé pelliculé.
Cet étui contient 30 comprimés pelliculés dosés
à 75 mg, soit 2250 mg de Clopidogrel.
Avant toute utilisation, lire attentivement la notice
intérieure.

التركيبة

كلو بیدو غریل (التسمية العالمية المشتركة) 75 ملغ
السواغ كمية كافية ل 1 قرص مغلف
تحتوي هذه العلبة على 30 قرصا مغلفا من وزن 75 ملغ أي مايعادل
2250 ملغ من كلويدوغریل
اقرأ النشرة المرفقة بعناية قبل الاستخدام.

CAPLOR® 75 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 280583

LOT: 19067 PER: 06/2021
PPV: 171,40 DH

AMM N° 276/13 DMP/21/NNP

Steripharma

Z.I Lina n° 347 Sidi Maârouf - Casablanca

Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable



CRESTOR[®]
rosuvastatine

5 mg

**30 comprimés
pelliculés**

Voie Orale

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 196,20 DH

6 116001 183104

AstraZeneca 