

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.

Bééducation :

- 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'Horloger Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

Nº W21-777379

15 9624 Autr

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		A5 ⁰⁰	
Matricule : 0305	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : C H A I E B L A H S E N			
Date de naissance : 23.09.1938			
Adresse :	<i>[Signature]</i>		
Tél. : 0661240249	Total des frais engagés :		2348,30 Dhs

<p>Cadre réservé au Médecin</p> <p>Cachet du médecin :</p>	<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> EL MAKHLOUF Ali Professeur Agrégé d'Cardiologie 5, Rue Med ABDOUN - Casablanca Tél: 05 22 20 01 55 - 05 22 20 01 55 </div> <p>Date de consultation : <u>14/10/2023</u></p> <p>Nom et prénom du malade : <u>CHARLES LALISSE</u> Age: _____</p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : <u>HHTA</u>, <u>AVC</u></p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____</p> <p>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.</p>
--	--

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 : CASAIS LANGE

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/02/2023

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
14-02-2023	CB		300,-	INP : 09105785 Dr. E. Professeur

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RAYAM AIDESSI KAISSI 09 Résidence Ghandil N° 17 Hay Essalam - Casablanca Tél 05 22 39 28 29	10/21/2023	2048.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

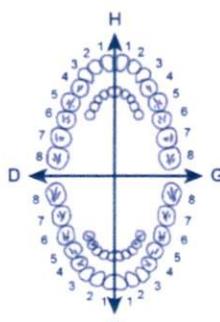
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

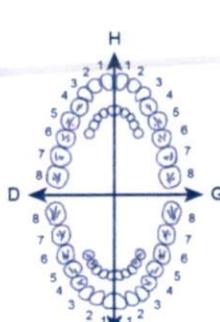
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
		H	
	25533412	21433552	
	00000000	00000000	
D	00000000	00000000	
	35533411	11433553	
B			

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou

CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

AMEP

75,20

Monsieur CHAIEB Lahse

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 185,70 DH
6 118001 183111

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 185,70 DH
6 118001 183111

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 185,70 DH
6 118001 183111

Casablanca le 14.02.2023

185,70 x 2 = 371,40

167,00 *

1- CRESTOR 10 MG
1 CP PAR JOUR ARRET LE SOIR

(1s)

30,70 x 3
= 92,10
2- KARDEGIC 75 MG:
1 SACHET PAR JOUR SANS ARRET

(1s)

340,00 x 3
= 102,00
3- REXABAN 20 MG:
1 CP PAR JOUR SANS ARRET

(1s)

110,00
75,20 x 3
= 225,60
4- AMEP 10 mg
1CP PAR JOUR LE SOIR SANS ARRET

(1s)

68,80
5- DIUREX
½ CP PAR JOUR SANS ARRET

(1s)

13,40 6 - COLCHICINE : 1CP PAR JOUR X 01 MOIS

T = 2048,30

PHARMACIE RAYEN
L'A DRESSI KAISSA
109 Résidence Ghadafi N° 17
Hay Essalam - Casablanca
Tél 05 22 39 28 29

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 29 91 55/50 - 05 22 17 29 88

KARDEGIC 75 MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
LOT : 22E007
PER : 06/2024
6 118000 061847

KARDEGIC 75 MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
LOT : 22E007
PER : 06/2024
6 118000 061847

Roxaban
LOT: 223019
EXP: 02/24
PPV: 370DH00

LOT: 223019
EXP: 02/24
PPV: 370DH00

Roxaban
LOT: 223019
EXP: 02/24
PPV: 370DH00

Diurex® 20 comprimés
PPV: 68DH80
EXP: 05/2025
LOT: 26073

13,40

Colchicine.

**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE
EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :**

05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54

OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83