

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° M21- 0004527

153636

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1461 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MR IMANE Ahmed
Date de naissance : 01 01 51
Adresse : Villa N°5 Rue Hassan ALWAHDA Lot Regragr Berrechid
Tél. : 0661052142 Total des frais engagés : 1589,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : 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 : Berrechid Le : 16 / 03 / 23
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
24/02/23	CS + ECO		250,00 €	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

24/02/23 1339,30

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

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

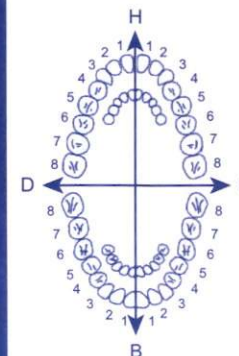
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. KHADRA MOHAMED FOUAD
Cardiologue Interventionnel
Cardiologue

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca
Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca
Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheld Allemagne
Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



د. خضر محمد فؤاد

فحص القلب التداخل
أخصائي أمراض القلب والأوعية الدموية
خريج كلية الطب بالبحر الأبيض
طبيب سابق بمستشفى الشيخ خليفة بالبحر الأبيض
طبيب سابق بمستشفى لودنشايد بألمانيا
حاصل على شهادة الفحص بالصدك من جامعة بورجو بفرنسا

Ordonnance

Dr. IMANE
Sté Pharmacie le Grand
Lot 345 Lot Nasrallah
Tél: 05 22 03 33
INPE: 062105050

208,00

Berrechid, le :

Berrechid le : 24 février 2023

208,00

208,00

Mr. IMANE AHMED

REGIME PAUVRE EN SEL

208,00
4 x
35,70
4 x
37,80
46,70
140,00
2 x

Carvedilol 5MG

1 Cp/J matin à jeun

208,00 x 4

KARDEGIC 160MG

1 Sachet/J à midi

35,70 x 4

SECTRAL 200 MG

1/2 Cp/J à midi

37,80 x 1

ZYLORIC 100MG

1 Cp/J le soir

46,70 x 1

OEDES 20MG

1 Cp/J le soir

140,00 x 2

Traitement pendant : 3 Mois

1339,30

LOT : 22E009 PER: 05 2024	KARDEGIC 160MG SACHETS B30 P.P.V : 35DH70 6 118001 081189
LOT : 22E009 PER: 05 2024	KARDEGIC 160MG SACHETS B30 P.P.V : 35DH70 6 118001 081189
LOT : 22E011 PER: 06 2024	KARDEGIC 160MG SACHETS B30 P.P.V : 35DH70 6 118001 081189
LOT : 21E001 PER: 02 2024	SECTRAL 200 MG CP PEL B20 P.P.V : 37DH80 6 118000 060154
LOT : 22E014 PER: 09 2024	KARDEGIC 160MG SACHETS B30 P.P.V : 35DH70 6 118001 081189
LOT : 223156 EXP : 09 2026 PPV 46.70 DH	

Dr. KHADRA MOHAMED FOUAD
Cardiologue Interventionnel
11 Bd Med V 1 Etage Bureau N°1 BERRECHID
Tél: 05 22 32 83 03 / 05 22 32 83 33

Dr. KHADRA MOHAMED FOUAD
Cardiologue Interventionnel
11 Bd Med V 1 Etage Bureau N°1 BERRECHID
Tél: 05 22 32 83 03 / 05 22 32 83 33

LOT: 211541
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

LOT: 211542
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH