

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 : adhésion@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.

M22-

07793

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 826 Société : *ND*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *AMAROUCH Abdellaziz*

Date de naissance : *28.09.1964*

Adresse : *97, cité Basalabak au Dhal casa*

Tél. : *0661120243* Total des frais engagés : *4760,00* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *07.03.2013*

Nom et prénom du malade : *M AMAROUCH Abdellaziz*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *M AMAROUCH Abdellaziz*

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : *ISCH*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *ISCH*

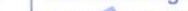
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 07.03.2013*

Signature de l'adhérent(e) :

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
07.03.2023	63		300.000	 DR. M. MAKHLOF Professeur Ayliéga 52 Rue Med. At 208153

Mme ALLOUCHE Zohry Khadija EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Pharmacie Les Arenes 5, Rue Jalal E-ddine Sayouti	Date	Montant de la Facture
Mme ALLOUCHE Zohry Khadija Pharmacie Les Arenes Rue Jalal E-ddine Sayouti Quartier Rachidia Casablanca	07/03/23	13 4460,10	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

A diagram showing a 12x12 grid of circles, arranged in 12 rows and 12 columns. The grid is centered at the origin (0,0). The horizontal axis is labeled 'G' at the right end and 'D' at the left end. The vertical axis is labeled 'H' at the top end and 'B' at the bottom end. The grid is filled with numbers representing the distance from the center (0,0) to each circle. The numbers are: Row 1: 1, 2, 1, 2; Row 2: 2, 1, 3, 2; Row 3: 3, 4, 5, 6; Row 4: 4, 5, 6, 7; Row 5: 5, 6, 7, 8; Row 6: 6, 7, 8, 9; Row 7: 7, 8, 9, 10; Row 8: 8, 9, 10, 11; Row 9: 9, 10, 11, 12; Row 10: 10, 11, 12, 13; Row 11: 11, 12, 13, 14; Row 12: 12, 13, 14, 15.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

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

Monsieur AMAROUCH Abdelaziz

Casablanca le

07-03-2023

- 1- LASILIX 500 MG :
1 CP MATIN SANS ARRET
- 2- SINTROM : 1/4 CP LE SOIR X 3MOIS
SANS ARRET
- 3- UPERIO 50
1 CP MATIN ET SOIR A 12 H D'INTERVALLE
Ou UPERIO 100 : 1 cp/j
- 4- ALDACTONE 50MG CPR SECABLE 90
1/2 comprimé par jour. SANS ARRET
- 5- ZYLORIC 200MG :
1 comprimé par jour. SANS ARRET
- 6 - CORVASAL 2MG : 1 CP X 3 PAR JOUR SANS ARRET

Traitement pour 03 mois

T 2 4460,10
Mme ALLOUCHE Zohry Khadija
Pharmacie Les Arenes
5, Rue Jalal Eddine Sayouti
Quartier Racine
Té. : 05 22 35 28 24 - Casablanca

**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

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
LASILIX SPECIAL 500MG
B30 CP
PPV : 302,00 DH
6 118001 082001

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
LASILIX SPECIAL 500MG
B30 CP
PPV : 302,00 DH
6 118001 082001

ALDACTONE 50MG 20 CPS
P.P.V : 56DH80
6 118001 170029

PPV : 46 DH 70

PPV : 46 DH 70

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Corvasal 2 mg. cp b 30
P.P.V : 46,70 DH
6 118001 080335

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH
6 118001 031726

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
LASILIX SPECIAL 500MG
B30 CP
PPV : 302,00 DH
6 118001 082001

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH
6 118001 031719

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

LOT 222201
EXP. 06 2026
PPV 46,70 DH

PPV : 46 DH 70

PPV : 46 DH 70

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH
6 118001 031726

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH
6 118001 031726

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :