

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

ditions 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.

rmacie :

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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- 0040913

ND: 30763

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3057 Société : R. A. M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAGGUI MOHAMED

Date de naissance : 04-06-58

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0699832663 Total des frais engagés : 914,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/06/2020

Nom et prénom du malade : RAGGUI MOHAMMED Age: 62

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

Nature de la maladie : Cardiopathie Ischémique

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 : 12/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

08.06.2020	C.S. TECG		25.0.14	Angle Av. Mourad El Mansour Entrée B 19 Tel 01 22 51 19 88 22511988
------------	--------------	--	---------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12 / 06 / 2020	 664,50

12/06/2020	
------------	--

[illegible][illegible][illegible][illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

DATE DE
L'EXECUTION

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The arch is supported by two main piers labeled 'D' on the left and 'C' on the right. The arch is divided into segments numbered 1 through 8, with '1' at the top and '8' at the bottom. The segments are arranged in a circular pattern around the central pier.

Dr. Mourad FILALI LEMDERSI

Spécialiste en Cardiologie et Maladies Vasculaires

- * Diplôme d'étude spécialisée en Cardiologie de la faculté de Médecine de NANCY
- * Diplôme d'échocardiographie de la faculté de Médecine de NANCY
- * Diplôme de Cardiologie du sport de la faculté de Médecine de PARIS
- * Rythmologie
- * Ancien praticien des Hôpitaux de France



د. مراد الفيلالي لهدرسى

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

- دبلوم التخصص في أمراض القلب بكلية الطب بتونس
- دبلوم في الفحص با لصدى بكلية الطب بتونس
- دبلوم في أمراض القلب الرياضية بكلية الطب بباريس
- أمراض إيقاع القلب
- طبيب سابقا بمستشفيات فرنسا

Berrechid le : 12/06/2020

Mme/Mr : PROCVI

MOHAMMED

255,00 x 2 = 510,00

PROCVI



0 - 0 - 1

83,10

TENORMID 100



1/2 - 0 - 0

35,70 x 2 = 71,40

KARDOLIC



0 - 1 - 0

T = 664,00

jeu
Tred N
meq

Pharmacie Ghannouchi
27, Bd. des FAR AL Mansour
Berrechid - 0522 51 76 61
Docteur Mourad FILALI
Cardiologie
Angle Av Mohamed V et Rue Yacoub El Mansour
Bj Mansour Résidence V. Yacoub El Mansour
Entrée B - 1er Etage - N°1 - Berrechid
Tel 05 22 51 76 61

Angle Bd Mohamed V et Rue Yacoub El Mansour - Rés Haj Ahmed Berrechid

Entrée B - 1er Etage - N°1 - Berrechid - Tél: 05 22 51 76 61

Email: filali.cardiologie@gmail.com - **Gsm Urgence: 06 84 84 15 84**

☒ valable 3 mois

Le 12/06/2012

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input checked="" type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	D. FICACI TECHERANI
Certifie que Mlle, Mme, M. :	RABOU I MOHAMMED
Présente	un Cardiopathie ischémique
Nécessitant un traitement d'une durée de :	Long durée
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

Doctor (M. Rabou I. MOHAMMED)
 Angle Avenue Mohammed VI et Rue Heintz
 Casablanca 10000
 Tél : 05 22 22 78 14
 Fax : 05 22 22 78 15
 Email : reclamation@mupras.com