

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

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- 0042950/2373

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2373 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HANI Fatima

Date de naissance : 1-7-1951

Adresse : 128 Hay Al-Badi Berbera Tenen

Tél. : 0661945927 Total des frais engagés : 7938,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/02/2020

Nom et prénom du malade : EL HANI FATIMA Age :

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

Nature de la maladie : HTA + AcFA

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 : 03 SEP. 2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-042950

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

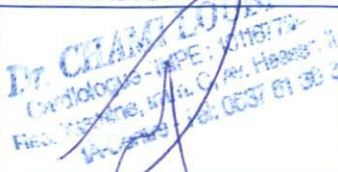
Matricule : 2373

Nom de l'adhérent(e) : EL HANI FATIMA


Total des frais engagés :

Date de dépôt : 1-7-2020

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
01/07/20	CS		300 DHS	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/7/2022	7638,62

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

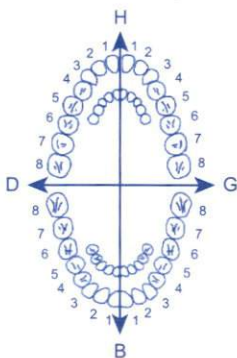
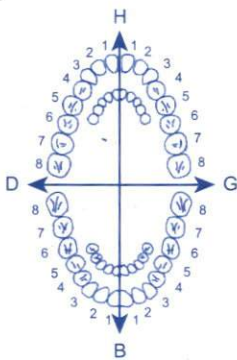
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'OC

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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. Loubna CHAMI

Ep. Alaoui

Médecin spécialiste en maladies cardiovasculaires

Cardiologie pédiatrique

Ancien médecin attachée au CHU Ibn Sina, Rabat

Echodoppler cardiaque, Holter ECG,

Holter tensionnel, Epreuve d'effort



الدكتورة لبنى شامي

ن. علوي

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين

(للكبارة والأطفال)

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا، الرباط

كشف بالصدى، تخطيط القلب 24 ساعة،

قياس الضغط 24 ساعة، فحص المجهود.

le 01/07/2020

MME EL HANI FATIMA

- 81.00 x 6
- Fibrocard Ip 240 mg
1 gélule, soir, pendant 6 mois
 - Xarelto 20 mg
1, midi, pendant 6 mois
 - Diprezar 50 mg / 12.5 mg
1 comprimé, matin, pendant 6 mois
 - Hyperium 1mg
1 comprimé, si pic TA,

- 7638 x 6
- Inexium 20 mg
1 comprimé, matin, avant les repas, pendant 3 mois

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps

P.P.V. : 984,00 DH

Bayer S.A.

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps

P.P.V. : 984,00 DH

Bayer S.A.

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps

P.P.V. : 984,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090808

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps

P.P.V. : 984,00 DH

Bayer S.A.

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps

P.P.V. : 984,00 DH

Bayer S.A.



P.P.V. : 984,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090808

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al asoum roches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boite 14

640150MP/21NRQ P.P.V. : 82,10 DH

6 118001 020591

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al asoum roches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boite 14

640150MP/21NRQ P.P.V. : 82,10 DH

6 118001 020591

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al asoum roches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boite 14

640150MP/21NRQ P.P.V. : 82,10 DH

6 118001 020591

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al asoum roches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boite 14

640150MP/21NRQ P.P.V. : 82,10 DH

6 118001 020591

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al asoum roches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boite 14

640150MP/21NRQ P.P.V. : 82,10 DH

6 118001 020591

THEMEDIC

22 rue zoubair bnou al asoum roches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boite 14

640150MP/21NRQ P.P.V. : 82,10 DH

6 118001 020591

Residence Yasmina, Imm C, 1er étage Appt 48, Av Hassan II, TEMARA CENTRE - INPE : 1011671

ICE : 001775143000003 - Tel : 0537 61 36 36 - E-mail : loubnachami@yahoo.fr

126,00

PPV 126DH00
PER 06/22
LOT 1424



126,00

PPV 126DH00
PER 03/23
LOT J684

126,00

PPV 126DH00
PER 01/23
LOT J266

128,00

PPV 126DH00
PER 01/23

126,00

PPV 126DH00
PER 10/22
LOT 12491

126,00

PPV 126DH00
PER 10/22
LOT 12491



LOT 18F29/A 1
EXP 06 2022
PPV 81.00 DH

LOT 17111/B/4
PER 06/22

LOT 18F29/A 2
EXP 06 2022
PPV 81.00 DH

LOT 18F29/A 2
EXP 06 2022
PPV 81.00 DH

LOT 18F29/A 2
EXP 06 2022
PPV 81.00 DH

☒ **valable 3 mois**

Le 01/07/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

EL HANI FATIMA

Présente

une HTA + arythmie complète par fibrillation atriale

Nécessitant un traitement d'une durée de :

longue durée

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 // fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

