

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.

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.

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 canaux, 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 canaux.

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- 045172

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 479 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FANGAR Ahmed

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : Résidence 22 Nansour AG 10° 37' Ghandi et Yacoub 22 Nansour 11.37 APP.6 CASA

Tél. : 0663295031 Total des frais engagés : 1562 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél. 05 22 20 45 45 - 05 22 22 78 18

Date de consultation : 04/11/2021

Nom et prénom du malade : M. FANGAR Age : 75 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : H.T.A + Diabète

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 04/11/2021

ACCUEIL
10 JAN. 2021

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
04/01/2021	661 c3		300 000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/01/2021	1262,50

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

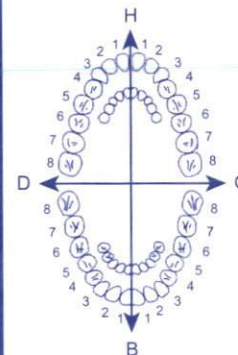
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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	

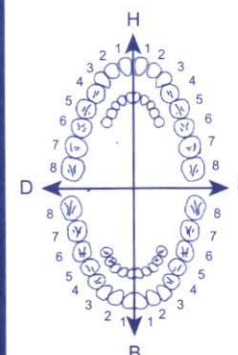
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

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 FANGAR Ahmed

Casablanca le 04/01/2021

361,00 x 3 = 1083,00
1- EXFORGEHCT 10MG:/160 MG/12.5 MG

1 CP PAR JOUR SANS ARRET LE MATIN

2- CRESTOR 5 MG : 1 CP LE SOIR UN JOUR SUR 2

3- ASPEGIC 100 MG : 1 SACHET A MIDI
TTT A NE PAS ARRETER



PHARMACIE INTERNATIONALE
DE CASABLANCA SARL
2-4, Rue Centrale (Markozia)
et Rue Hansell, CASABLANCA



Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur agrégé Cardiologie
5, rue Mohamed Abdou, Casablanca
Tél: 05 22 29 81 55/59 05 22 47 26 89

Maphar
Km 10, Route Côtière 111
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pel b30
P.P.V : 196,20 DH

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
LOT : 20E007
PER: 09 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
LOT : 20E007
PER: 09 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
LOT : 20E007
PER: 09 2021

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

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input checked="" type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	DR. EL MARHOUC AL Professeur Agrégé Cardiologie 5, Rue Mohamed El Bacha - Casa
Certifie que Mlle, Mme, M. :	FATMA AR JEMED
Présente	Hypertension artérielle et Dyslipidémie
Nécessitant un traitement d'une durée de :	de longue durée et sans interruption
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	