

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

ologie 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.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

N° M20- 0006028

86682

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 9198 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ELFIRAH SAID

Date de naissance :

le 11/11/1957

Adresse :

555 Rue Obes Sarglio Hay Rayan

Tél. : 0661798981

Total des frais engagés : 275,10 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : 25/11/21 Casablanca

Le : 25/11/21

Signature de l'adhérent(e) :

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.

Education :

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.

taire :

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.

Die 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.



Déclaration de Maladie
Nº P19-

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9198 Société : ROYAL Air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ELMRAH SAÏD

Date de naissance : 11/11/1957

Adresse : 355, Rue ISBEL SARLICO

Tél. : 0661798981 Total des frais engagés : 775,10 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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : Y.S.

Le : 25/01/2021

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MPRI 161 022833545 DUALID	25/02/20	275,10

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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	

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'OD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
D 00000000	G 35533411	B 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E



CARDIOLOGUE

Cardiologie Générale et Interventionnelle

Diplômé de la faculté de médecine Paris V

Diplômé de l'Institut de Cardiologie de Montréal

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

و علاج القلب التدالي

خريج كلية الطب بباريس V

خريج معهد أمراض القلب والشرايين بمونتريال

مارس سابق بمستشفيات باريس

AMRI T OUALID
Modat TEL 022 83 35 45
PHARMACE BACHKO N. 47 A 45
PHARMACE BACHKO N. 47 A 45

El MRAH SATD

60.90

167.30 x 3

1 - Cover Sy / 100mg 

111 i - hu

273.20

136.60 x 2

del

2 - Amlod 5mg 
111 i - hu

300 i

273.16

3 - Daflo 500

149 x 2 | i

DR. M. A. LAABI
Cardiologiste à Casablanca
RIBH "D" Angle Bd Bir anzarane Rue Caid El Achtar, (A côté Agence Inwi 1er étage Quartier Maârif - Casablanca
إفريقيا دا زاربة شارع بيرانزان ورقة قائد الأشتهر (قرب وكالة اتي) الطابق الأول حي المارف - الدار البيضاء
إفريقيا دا زاربة شارع بيرانزان ورقة قائد الأشتهر (قرب وكالة اتي) الطابق الأول حي المارف - الدار البيضاء
Urgence : 06 55 12 73 - Email : DrAmineLaabi@gmail.com
N° d'autorisation : 11010 - N° de Patente : 35802624

AMRI T OUALID
Modat TEL 022 83 35 45
PHARMACE BACHKO N. 47 A 45
PHARMACE BACHKO N. 47 A 45

DR. M. A. LAABI
Cardiologiste à Casablanca
RIBH "D" Angle Bd Bir anzarane Rue Caid El Achtar, (A côté Agence Inwi 1er étage Quartier Maârif - Casablanca
إفريقيا دا زاربة شارع بيرانزان ورقة قائد الأشتهر (قرب وكالة اتي) الطابق الأول حي المارف - الدار البيضاء
إفريقيا دا زاربة شارع بيرانزان ورقة قائد الأشتهر (قرب وكالة اتي) الطابق الأول حي المارف - الدار البيضاء
Urgence : 06 55 12 73 - Email : DrAmineLaabi@gmail.com
N° d'autorisation : 11010 - N° de Patente : 35802624

DR. M. A. LAABI
Cardiologiste à Casablanca
RIBH "D" Angle Bd Bir anzarane Rue Caid El Achtar, (A côté Agence Inwi 1er étage Quartier Maârif - Casablanca
إفريقيا دا زاربة شارع بيرانزان ورقة قائد الأشتهر (قرب وكالة اتي) الطابق الأول حي المارف - الدار البيضاء
إفريقيا دا زاربة شارع بيرانزان ورقة قائد الأشتهر (قرب وكالة اتي) الطابق الأول حي المارف - الدار البيضاء
Urgence : 06 55 12 73 - Email : DrAmineLaabi@gmail.com
N° d'autorisation : 11010 - N° de Patente : 35802624

DR. M. A. LAABI
Cardiologiste à Casablanca
RIBH "D" Angle Bd Bir anzarane Rue Caid El Achtar, (A côté Agence Inwi 1er étage Quartier Maârif - Casablanca
إفريقيا دا زاربة شارع بيرانزان ورقة قائد الأشتهر (قرب وكالة اتي) الطابق الأول حي المارف - الدار البيضاء
إفريقيا دا زاربة شارع بيرانزان ورقة قائد الأشتهر (قرب وكالة اتي) الطابق الأول حي المارف - الدار البيضاء
Urgence : 06 55 12 73 - Email : DrAmineLaabi@gmail.com
N° d'autorisation : 11010 - N° de Patente : 35802624

DR. M. A. LAABI
Cardiologiste à Casablanca
RIBH "D" Angle Bd Bir anzarane Rue Caid El Achtar, (A côté Agence Inwi 1er étage Quartier Maârif - Casablanca
إفريقيا دا زاربة شارع بيرانزان ورقة قائد الأشتهر (قرب وكالة اتي) الطابق الأول حي المارف - الدار البيضاء
إفريقيا دا زاربة شارع بيرانزان ورقة قائد الأشتهر (قرب وكالة اتي) الطابق الأول حي المارف - الدار البيضاء
Urgence : 06 55 12 73 - Email : DrAmineLaabi@gmail.com
N° d'autorisation : 11010 - N° de Patente : 35802624

COVERSYL®

Péridopril arginine
30 Comprimés pelliculés **10 mg**



6 118000 100300

COVERSYL®

Péridopril arginine
30 Comprimés pelliculés **10 mg**



6 118000 100300

COVERSYL®

Péridopril arginine
30 Comprimés pelliculés **10 mg**



6 118000 100300



56 COMPRIMÉS

AM洛特® 5mg

UT.AV :

P.P.V.

130 60

LOT N° : 130 442

136g 60

09366130/3



56 COMPRIMÉS

AM洛特® 5mg

UT.AV :

P.P.V.

130 60

LOT N° : 130 442

136g 60

09366130/3