

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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- 0041650

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0444 Société : 3194
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DIABE-Briss
Date de naissance : 01-01-1944
Adresse : 8 Dar-Salama Rue J. Imll 3
N° F. A. S. Casa
Tél. : 06 11 10 04 45 Total des frais engagés : 2685,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. EL MAHLOUF AIL
Date de consultation : 11/05/2021
Nom et prénom du malade : N. DIABE Dhs Age : 77
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : A.I.A.
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 : Casa

Le : 04/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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
11/05/2021	3 + 1/2	3000		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE IKHLAS Mlle N. EL ANASSER Docteur en Pharmacie 136, Rue Ibn El Ouannane Hay Mohammadi - Tél. 60-0748 Casablanca	11/05/2021	2385,60

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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

PHARMACIE IKHLAS

Mlle N. EL KHARI

Docteur en Pharmacie

136, Rue Ibn El Ouannane

Hay Mohammadi - Tél. 60-07-49

Casablanca

Monsieur DIABE Driss

Casablanca le 11/05/2021

1- ZYLORIC 200 MG:

1 CP PAR JOUR X 3 M

2- KARDEGIC 160 MG

1 SACHET PAR JOUR SANS ARRE

3- EXFORGEHCT 1

1 CP PAR JOUR SA

4- DETENSIEL 10MG

1 comprimé 1 fois par

5- ROZAT 10 MG:

1 cp le soir sans arre

210514 02/2025 31,30	11123 12/2024 31,30	03129 12/2024 31,30	20129 12/2024 31,30
KARDEGIC 160MG SACHETS B30 P.P.V : 35DH70 LOT : 20E024 PER: 06/2022	KARDEGIC 160MG SACHETS B30 P.P.V : 35DH70 LOT : 20E024	KARDEGIC 160MG SACHETS B30 P.P.V : 35DH70 LOT : 20E024	KARDEGIC 160MG SACHETS B30 P.P.V : 35DH70 LOT : 20E024
NOVARTIS PV : 310,00 DH	NOVARTIS PV : 310,00 DH	NOVARTIS PV : 310,00 DH	NOVARTIS PV : 310,00 DH
11800110173 PPV : 72,00 DH Distribué par Cooper PI	11800110178 PPV : 72,00 DH Distribué par Cooper Pha	11800110178 PPV : 72,00 DH Distribué par Cooper Pha	11800110178 PPV : 72,00 DH Distribué par Cooper Pharma
PPV: 147DH40 PER: 03/23 LOT: K732-1	PPV: 147DH40 PER: 03/23 LOT: K732-1	PPV: 147DH40 PER: 03/23 LOT: K732-1	PPV: 147DH40 PER: 03/23 LOT: K732-1

Rx 3 mois

Prescrit par le Dr. Driss

2385,60

Dr. Ali El Makhlouf

mdw

Nom: DIABE DRISS
Numéro: DIABE DRISS
M ou Mme: Masculin
Né le: 01/01/1944 77 années

Enregistré: 11/05/2021 10:23:25
Enregistré par:
Médecin de référence
Médecin prescripteur :
Médecin traitant :
Endroit:
Commentaire:

INTERPRETATION NON CONFIRMÉE

P / PQ: 133 ms / 178 ms
QRS : 109 ms
QT/QTc/QTd: 434 ms / 429 ms / -
Axe P/QRS/T: 68° / -29° / 40°
Rythme cardiaq 57 bpm

B-12757

P. 694

