

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.

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.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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 caractére 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° M21- 0050361

MLD

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

76465

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 28055 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

F. alli chahad Abdellah

Nom & Prénom :

Date de naissance :

1/1/49

Adresse :

Lot LAVARON II N° 12 Rue 36 Casab

Tél. : 0661322225 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/06/2021

Nom et prénom du malade : Filali chahad Abdellah Age: 1849

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

PANTACHE

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 : 29/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

RELEVE 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
15/01/2017	CCB ECG		Constant	Mehdi SEBDOUN COPROLOGUE Rue 2 N°61 - 10100 RP Clamart Tél: 01 38 22 10 07 62 - 06 04 71 39 14 N°PE: 91170070

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/10/2021	1939,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

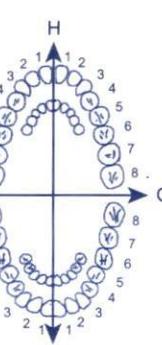
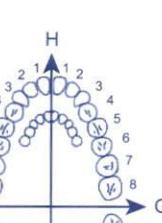
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

Dr. Mehdi BENJELLOUN
Spécialiste des maladies
du cœur et des vaisseaux

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

anca, le : 28/06/2021.....

Nom et Prénom :

FILALI CHAHAD Abdelali

180.30 & b

TAREG 160

1 comprimé le matin, pendant 6 mois



CARDIOASPIRINE 100

1 comprimé à midi après le repas, pendant 6 mois



CRESTOR 5



1 comprimé le soir, pendant 6 mois

27.70
ab

114.10

ab

1932.60

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

6 118001 090280



6118001030309

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés
PPV : 180.30 DH



6 118001 090280

TAREG 160 mg

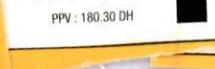
28 comprimés pelliculés
PPV : 180.30 DH



6 118001 090280

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés
PPV : 180.30 DH



6 118001 090280

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés
PPV : 180.30 DH

الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض
القلب والشرايين

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V. : 114,10 DH



Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 6mg cp pell b30
P.P.V. : 114,10 DH



Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V. : 114,10 DH



Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 6mg cp pell b30
P.P.V. : 114,10 DH



Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 6mg cp pell b30
P.P.V. : 114,10 DH



Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V. : 114,10 DH



زنقة 2، رقم 61 - الطابق الأول - مدار الشهدية - الـ

E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com

valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *F. Laali chahad Abdellahi*

Présente *H. T A*

Nécessitant un traitement d'une durée de : *6 mois*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)