

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.

Maladie :

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- 053701

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1723 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HADDIoui ABDELHAK

Date de naissance : 09/10/1959

Adresse : 44 RUE 04 ETAGE 2 LOI NASR OLLAH BERRECHID

Tél. : 0668448738 Total des frais engagés : 1590,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/07/2021

Nom et prénom du malade : HALIMLACHKAR Age : 61

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

Nature de la maladie : ATA

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 : BERRECHID Le : / /

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
08/02/12	CS+ECG	1	250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Dr. MANE ZINEB Lot 345 Lot Nasrallah Tél: 05 22 03 59 59 Fax: 06 21 05 03 66	09/07/12	1365,00

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 00000000 G 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

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD

Cardiologue

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca
Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca
Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüneburg Allemagne
Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



د. خضر محمد فؤاد

أخصائي امراض القلب والشرابيين
خريج كلية الطب بالدار البيضاء
طبيب سابق بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء
طبيب سابق بمستشفى لوندشيد بألمانيا
حاصل على شهادة الفحص بالصدى من جامعة بورجو بفريسا

Ordonnance

Berrechid, le :

Berrechid le : 09 juillet 2021

Mme LACHKAR HALIMA

REGIME PAUVRE EN SI L

CO-ICARD 150/12.5 MG

1 Cp/J matin à je

SERDEP 20MG

1Cp/j le matin

NEBILET 5MG

1/2 Cp - 0 - 1/4 Cp

ASKARDIL 75MG

1Cp/J à midi après r

BELMAZOL 20MG

1 gel/J le soir

ALPRAZ 0,5 MG

1/2 Cp/J le Soir pendant 15 jours
puis 1/4Cp/J le soir pendant 15 jours
puis 1/4Cp/J 1J/2

Traitement pendant : 3 Mois

LOT : 210477
EXP : 03/2024
PPV : 134,30DH
UT AV : 06/20
PPV : 134,30D

LOT : 210477
EXP : 03/2024
PPV : 134,30DH

LOT : 08427003
EXP : 01/2024
PPV : 763,20DH

LOT : 08427003
EXP : 01/2024
PPV : 763,20DH

V136132/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

* VIGNETTE
NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

LOT :

EXP :

PPV :

LOT : 210599
EXP : 03/2024
PPV : 35,70

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés
CARDIL 75 mg 30 comprimés

PPV 22DH40
EXP 05/2023
LOT 14010 1

PPV 22DH40
EXP 10/2022
LOT 90012 8

Dr. Khadre Mohamed Fouad
11 - Bd Med V 1^{er} Etage
Tél: 05.22.32.32.32