

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Educations :

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 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° M21- 063477

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

86291

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3230 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : ELIMAM EL ALAOUI Abdelaziz

Date de naissance : 01.06.1947

Adresse : 236 Bd M. A. U. Casa

Tél. : 06.188.73.188 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL MAKHLOUF A.
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med Abdouh - Casa
Tél : 05 22 29 61 65/59 - 05 22 47 26 89

Date de consultation : 13/07/2021

Nom et prénom du malade : M^{me} ELIMAM EL ALAOUI Fatima

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

Nature de la maladie : HTA

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

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
13/07/2021	C3		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LAHLOU NABIL Loubna Lotissement Melouane Lot N° 39 Rue 25 N° 27 - 29 - Casablanca Tél: 05 22 89 46 44	13/07/2021	2012,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

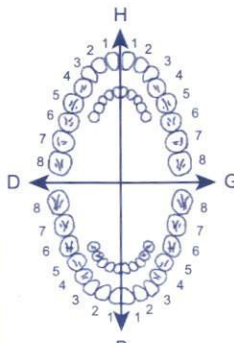
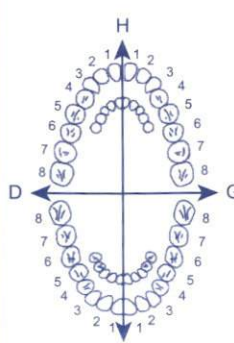
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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 colspan="2">H</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 colspan="2">B</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																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Casablanca, 13/07/ 2021

MME Fatima EL IMAM EL ALAOUI

1 - MONOTILDIEM LP 200 mg: 1 CP PAR JOUR X 3 MOIS
TTT A NE PAS ARRTER

2 - DAFLON 500 mg :
2 CP PAR JOUR SANS ARRET X 3 MOIS

3 - ROVAMYCINE 1.5 : 1CP/J

4 - PANTOPRAZOLE GT 20 mg: 1 cp le soir X 03 mois

5 - TANAKAN 40MG
1 Comprimé MATIN ET SOIR sans arrêt

6 - EFFIPRED 20mg : 2 CP PAR JOUR X 05 JOURS

7 - ATACAND 4 mg :
1 CP LE LE MATIN SANS ARRET

PHARMACIE GRANADA
LAHLOU NABIL Loubna
Lotissement Mestoun Lot N° 39
Rue 25 N° 27 29 Casablanca
Tél.: 05 22 89 16 44

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med Abdouh - Casa
Tél 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

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

EL IMAM EL ALAOU 3230

Mono-tildiem Ip200mg
gelules b28

P.P.V : 181,40 DH



Ain sebaa Casablanca
Mono-tildiem Ip200mg
gelules b28

P.P.V : 181,40 DH



Mono-tildiem Ip200mg
gelules b28

P.P.V : 181,40 DH



122,70

122,70

122,70

122,70

122,70

} Daflon (5)

ROVAMYCINE 1,5 M.U.I

CP PEL B16

P.P.V : 63DH30



91,90

91,90

Pantoprazol
~~Pantoprazone~~ (2)

71,30

- Tanakan (1)
40mg.

EFFIPRED® 20 mg

PPV 58DH40

EXP 08/2023

LOT 06025 4

ATACAND

4mg Cpr séc

Bte de 30

13/16 DMP/21NRQ P.P.V: 119,50DH



ATACAND

4mg Cpr séc

Bte de 30

13/16 DMP/21NRQ P.P.V: 119,50DH



ATACAND

4mg Cpr séc

Bte de 30

13/16 DMP/21NRQ P.P.V: 119,50DH



ATACAND

4mg Cpr séc

Bte de 30

13/16 DMP/21NRQ P.P.V: 119,50DH

