

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 :

- 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- 054434

☒ Maladie

☐ Dentaire

MUPRAS
RECEPTION 9

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2610 Société : R A 7

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AZMI EL MOSTAFA

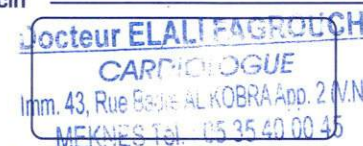
Date de naissance : 23-12-1957

Adresse : 112 LOT EL WAFA H. DEROUA

Tél. : 0663072895 Total des frais engagés : 8814 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/10/2021

Nom et prénom du malade : AZMI EL MOSTAFA Age : 23-12-57

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

Nature de la maladie : coronaropathie

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 : BEROUA Le : 08/10/2021

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
08/10/2021	g + ECJ		9	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/10/2021	881,40

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 l

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 CCEFFICIENT 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		CCEFFICIENT 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

Dr. El Ali Fagrouch

CABINET DE CARDIOLOGIE
ET D'EXPLORATION CARDIO VASCULAIRE
CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté
de Médecine de Paris (France)

الدكتور العالي فغروش

إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

خريج كلية الطب
بباريس - فرنسا

Meknès, le : 08-10/2021 مكناس في :

M. AZMI EL MOUATTAH

50,70 x 3

CARDIOEL

35,70 x 3 KARDIC

107,60 x 2 STAGIN

57,80 x 3 - TORVALO

116,80 x 2 - lipthyl

881,00


PHARMACIE EL OUMOUNA
Dernier enregistrement
244 Imm. 43, Rue Badre Al Kobra
Meknès Tél. : 05 35 40 00 45
Dr. EL ALI FAGROUCH
CARDIOLOGUE

LOT : 1095
PER : 04/23
PPV : 57,80 DH


LOT : 1095
PER : 04/23
PPV : 57,80 DH

LOT : 1095
PER : 04/23
PPV : 57,80 DH

LOT 211407
EXP 06 2024
PPV 107.60 DH

maphar 
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636 

maphar 
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636 

LOT : 21E007
PER : 12 2022
KARDECIG 160MG
SACHETS B30
P.P.V. : 35DH70

6 118001 081189 

LOT : 21E007
PER : 12 2022
KARDECIG 160MG
SACHETS B30
P.P.V. : 35DH70

6 118001 081189 

LOT : 21E007
PER : 12 2022
KARDECIG 160MG
SACHETS B30
P.P.V. : 35DH70

6 118001 081189 

LOT 211406
EXP 06 2024
PPV 107.60

6 118001 100859 

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV : 50,70 DH

6 118001 100859 

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV : 50,70 DHS

6 118001 100859 

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV : 50,70 DHS

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : AZMI EL MOSTAFA

Présente elle Ankylose avec fracture ATL + STERIS

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Cardinal 2.5 (1), Kfril 10 (1), TAAVA 10 (1)
Lipthyl 100 (1) STASIG (1x4)

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)


MEKNES TEL : 05 35 40 11 11
CARDIOLOGUE
Docteur EL FADOUCH
49, Rue Badr AL KOBRA