

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.

Radiologie 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.

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

La 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

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-672521

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 1896

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GHAZZAL DRISIA

Date de naissance :

28/11/1953

Adresse :

Tél. : 0675364754

Total des frais engagés :

949,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 5/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :



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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
05104122	14	945,6

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

valable 3 mois

Le 29.11.2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Dr CRIQUECH MOUAD

Docteur Mouad CRIQUECH

Cardiologue

262 Bd Yacoub El Mansour Casabla
Télé: 05 22 94 09 10 GSM: 06 62 00 19 75

HAKIM
Présente

H/A

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois renouvelable

Colteryl 10 - Betesentyl 10 - Zydriac 100

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca

PHARMACIE NASRI
DR NASRI RACHID
75 BIS, BLOC 2 CITE COMMUNAL HAY HASSANI
CASABLANCA

05/04/2022

Tél : 0522932874

Mme Ghazal Drissia

ICE : 092044965

FACTURE N° : 8533

du 05/04/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
6	COVERSYL 10MG/ 30 CPS	142,70	856,20	0%
2	ZYLORIC 100*100 COMP	46,70	93,40	7%
Total TTC				949,60

Arrêtée la présente facture à la somme de :
NEUF CENT QUARANTE NEUF DIRHAMS ET SOIXANTE CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar92	0,00	856,20	0,00	856,20
7.00%	7,00	87,29	6,11	93,40
		943,49	6,11	949,60

زيوريك®
ألوبورينول
100 ملغ

100 قرصا

عن طريق الفم

LOT 211755
EXP 06 2025
PPV 46.70 DH

COVERSYL®

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés

10 mg

30

Comprimés pelliculés



14230

COVERSYL®

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés

10 mg

30

Comprimés pelliculés



14230

COVERSYL®

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés

10 mg

30

Comprimés pelliculés



14230

COVERSYL®

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés

10 mg

30

Comprimés pelliculés



14230

COVERSYL®

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés

10 mg

30

Comprimés pelliculés



14230

COVERSYL®

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés

10 mg

30

Comprimés pelliculés



14230

Docteur Mouad CRIQUECH

Spécialiste
Maladies du cœur et des vaisseaux



الدكتور معاد كريشك

اختصاصي
في أمراض القلب و الشرايين

Casablanca le : 02/12/2021

Mme GHAZZAL DRISSIA

162,70 x 6

1 - COVERSYL 10 MG

1 comprimé par jour

2 - DETENSIEL 10mg

1/2-0-1/2

46,70 x 2

3 - zyloric 100mg

1-0-1

943,48

traitement de 6 mois

*Docteur Mouad CRIQUECH
Cardiologue
262 Bd Yaâcoub El Mansour Casablanca
Tél : 05 22 94 09 10 - GSM : 06 62 80 19 75*

262, Bd. Yaâcoub El Mansour - Casablanca - Tél. : 05 22 94 09 10 - GSM : 06 62 80 19 75