

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 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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 0040128/1796

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1796 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUCHAREB ABDEL IUAH

Date de naissance : 17 juillet 1953

Adresse : 167 ASMADI FADIA NO TARGA MARRAKECH

Tél. : 06 71 36 34 48 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25 / 05 / 2022

Nom et prénom du malade : BOUCHAREB Abdellah Age : 1953

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

Nature de la maladie : N/A

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 25/5/22 | CARILL | | 300 DA | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 25/05/22 | 683,10 |
| | 22/06/22 | 315,90 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

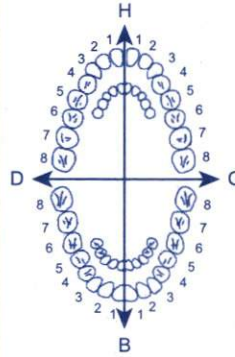
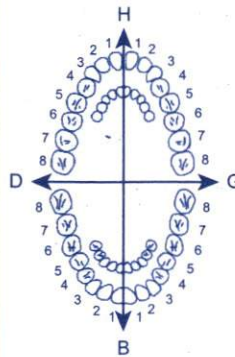
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------|--|--|--|-------------------|-------------------|---|---|-------------------|-------------------|---|--|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D | G | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mouad CRIQUECH
Spécialiste
Maladies du cœur et des vaisseaux



الدكتور معاد كريش
اختصاصي
في أمراض القلب و الشرايين

M^r Boucharel
Abdelilah

22.6.22

35, 10 x 9

Becidouze SV

1 cp x 2 / f



315.90

BECIDOUZE® 20 dragées
PPV 35DH10 EXP 02/2025
LOT 10006 5

BECIDOUZE® 20 dragées
PPV 35DH10 EXP 02/2025
LOT 10006 5

BECIDOUZE® 20 dragées
PPV 35DH10 EXP 02/2025
LOT 10006 5

BECIDOUZE® 20 dragées
PPV 35DH10 EXP 02/2025
LOT 10006 5

BECIDOUZE® 20 dragées
PPV 35DH10 EXP 02/2025
LOT 10006 5

BECIDOUZE® 20 dragées
PPV 35DH10 EXP 02/2025
LOT 10006 5

BECIDOUZE® 20 dragées
PPV 35DH10 EXP 02/2025
LOT 10006 5

BECIDOUZE® 20 dragées
PPV 35DH10 EXP 02/2025
LOT 10006 5

BECIDOUZE® 20 dragées
PPV 35DH10 EXP 02/2025
LOT 10006 5

BECIDOUZE® 20 dragées
6 118000 031192

BECIDOUZE® 20 dragées
6 118000 031192

BECIDOUZE® 20 dragées
6 118000 031192

BECIDOUZE® 20 dragées
6 118000 031192

BECIDOUZE® 20 dragées
6 118000 031192

BECIDOUZE® 20 dragées
6 118000 031192

BECIDOUZE® 20 dragées
6 118000 031192

BECIDOUZE® 20 dragées
6 118000 031192

22 94 09 10 - GSM : 06 62 80 12 7

Docteur Mouad CRIQUECH
Spécialiste
Maladies du cœur et des vaisseaux



الدكتور معاد كريش
اختصاصي
في أمراض القلب و الشرايين

Casablanca le : 25/05/2022

Mr BOUCHAREB ABDELILLAH

65.00 x 6

1 - MEDZAR 50MG

1-0-1

97.40 x 3

2 - AMEP 5 MG

1 comprimé, 2 fois par jour

3 - FLUDEX 1,5 LP

1-0-0

683.10



traitement de 3 mois

Docteur Mouad CRIQUECH
Cardiologue
M. Mansouf Casablanca
06 62 80 19 75

MEDZAR® 50 mg
Losartan
30 comprimés pelliculés

MEDZAR® 50 mg
Losartan
30 comprimés pelliculés

AMEP® 5mg
56 comprimés

MEDZAR® 50 mg
Losartan
30 comprimés pelliculés

MEDZAR® 50 mg
Losartan
30 comprimés pelliculés

AMEP® 5mg
56 comprimés

MEDZAR® 50 mg
Losartan
30 comprimés pelliculés

MEDZAR® 50 mg
Losartan
30 comprimés pelliculés

AMEP® 5mg
56 comprimés

97,70

97,70

97,70

80 19 75