

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

M22- 07794

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 826 Société : R.A.M. 1 23178

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : AMAROUCH Abdelaziz

Date de naissance : 22.09.1944

Adresse : 87, cité Boualehane Du Pich case

Tél. : 0661 42 02 43 Total des frais engagés : 4799,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : M AMAROUCH Abdelaziz Age : / /

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

Nature de la maladie : Cardiaque

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : /

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) : /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med Abdouh - Casa
Tél : 22 29 81 58 59 - 05 22 47 26 89

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Ibn Sirine 5, Rue J. J. E. de la Souda Quartier 7ème Résidence Tél : 05 22 36 28 29	24/06/22	124299,45

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

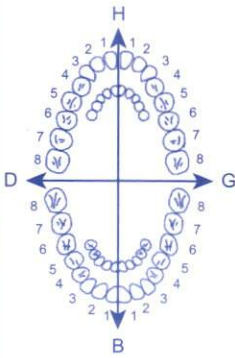
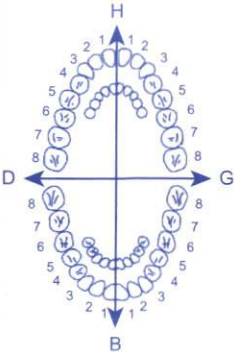
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	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

Pharmacie les Jardins
5, Rue J-hel Eddine Soyoudi
Quartier Pucier
Tél: 05 22 36 28 24 - Casablanca

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

Fax : 0522.22.62.97

Dom : 0522.79.85.32

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Casablanca, Le 14/06/2022

Monsieur AMAROUCH Abdelaziz

1 - SINTROM : 1/4 CP LE SOIR X 3 MOIS
SANS ARRET

3 - LASILIX 500 mg :
1 CP MATIN SANS ARRET

4 - UPERIO 50 ET 100
1 CP MATIN ET SOIR A 12 H D'INTERVALLE X 1 MOIS

5 - ALDACTONE 50 mg: 1/2 PAR JOUR X 3 MOIS
SANS ARRET

7 - CORVASAL cp 2mg : 1 CP X 3/J X 3 MOIS

(20,00 x 3)
(302,00 x 3)
(405,00 x 4)
(405,00 x 4)
(57,70 x 3)
(46,70 x 9)

Dr EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med Abdou - Casablanca
Tél: 05 22 29 81 55 / 59 - 05 22 47 26 89

Pharmacie les Jardins
5, Rue J-hel Eddine Soyoudi
Quartier Pucier
Tél: 05 22 36 28 24 - Casablanca

T 2 4799,40

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Corvasal 2 mg, cp b 30
P.P.V: 46,70 DH
6 118001 080335

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Corvasal 2 mg, cp b 30
P.P.V: 46,70 DH
6 118001 080335

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Corvasal 2 mg, cp b 30
P.P.V: 46,70 DH
6 118001 080335

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Corvasal 2 mg, cp b 30
P.P.V: 46,70 DH
6 118001 080335

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Corvasal 2 mg, cp b 30
P.P.V: 46,70 DH
6 118001 080335

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Corvasal 2 mg, cp b 30
P.P.V: 46,70 DH
6 118001 080335

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Corvasal 2 mg, cp b 30
P.P.V: 46,70 DH
6 118001 080335

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Corvasal 2 mg, cp b 30
P.P.V: 46,70 DH
6 118001 080335

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Corvasal 2 mg, cp b 30
P.P.V: 46,70 DH
6 118001 080335

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
LASILIX SPECIAL 500MG
B30 CP
PPV: 302,00 DH
6 118001 082001

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
LASILIX SPECIAL 500MG
B30 CP
PPV: 302,00 DH
6 118001 082001

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
LASILIX SPECIAL 500MG
B30 CP
PPV: 302,00 DH
6 118001 082001

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV: 405 DH
6 118001 031719

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV: 405 DH
6 118001 031726

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV: 405 DH
6 118001 031726

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV: 405 DH
6 118001 031726

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV: 405 DH
6 118001 031726

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV: 405 DH
6 118001 031719

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV: 405 DH
6 118001 031726

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV: 405 DH
6 118001 031726

P.P.V: 570DH70
LOT: B26708
EXP: 09.2022

PPV :
Exp :
N° Lot: PPU 20.00
PER 11/24
LOT E321

PPV :
Exp :
N° Lot: PPU 20.00
PER 11/24

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot: