

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.

M22- 0021628

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2449 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : OUAKILI L'Am Sane

Date de naissance :

Adresse : EL HAJAR

Tél. : Total des frais engagés : 619.4250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/12/2022

Nom et prénom du malade : EL BERRAZ SENIA L'Am Sane

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : Casablanca Le : 04/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : 



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cache et signature du Médecin Date testam. Paiement des Actes
30-12-2022	C3	300		Dr. EL MAHIOUF Agathe Cardio Med. Abdouh - C 2298155159

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA PALMERIAE Mme Meddili Nezha Rés. El Qods Imm 23 May 2 El Qods 05 22 73 59 93	30/10/2022	PHARMACIE LA PALMERIAE Mme Meddili Nezha Rés. El Qods Imm 23 May 2 El Qods 05 22 73 59 93

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 Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE 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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX																	
MONTANTS DES SOINS																			
DEBUT D'EXECUTION																			
FIN D'EXECUTION																			
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B		11433553		CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D																	
		00000000																	
		35533411																	
		B																	
		11433553																	
MONTANTS DES SOINS																			
DATE DU DEVIS																			
DATE DE L'EXECUTION																			

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

47
2049

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

Madame EL BEZZAZ SEMLALI EP OUAKKI Lalla Saadia

Casablanca le 30/12/2022



1- ATACAND 4 MG :
1/2 CP PAR JOUR SANS ARRET

2- KARDEGIC 75 MG :
1 SACHET PAR JOUR SANS ARRET

3 En cas de soins dentaires prendre *Amoxicilline*
3 g par os 1 hr avant les soins

T 419,90

Traitements de

04 mois

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdou - Casablanca
Tél : 05.22.29.81.55/59 - 05.22.47.26.89

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir benn al aquam roches
noires casablanca
ATACAND

4 mg Cpr séc
Bte de 30
13816 DMP/21/NRQ P.P.V : 119,50 DH
6 118001 020522

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir benn al aquam roches
noires casablanca
ATACAND

4 mg Cpr séc
Bte de 30
13816 DMP/21/NRQ P.P.V : 119,50 DH
6 118001 020522

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir benn al aquam roches
noires casablanca
ATACAND

4 mg Cpr séc
Bte de 30
13816 DMP/21/NRQ P.P.V : 119,50 DH
6 118001 020522

LOT 1-22E007
PER...06/2024
KARDEGIC 75 MG
SACHETS B30
P.P.V : 300DH70
6 118000 061847

LOT 1-22E007
PER...06/2024
KARDEGIC 75 MG
SACHETS B30
P.P.V : 300DH70
6 118000 061847

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