

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- 0007223

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1765 Société : RAM. 149661

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SADDIOT Nauredine

Date de naissance : 2.4.52

Adresse : Res. Al Qantara. N°12. Danakert.

Tél. : 066 1376 4161

Total des frais engagés : 4975,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17 / 11 / 2022

Nom et prénom du malade : SADDIOT Nauredine Age :

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

Nature de la maladie : cardiopathie

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 : 17 / 11 / 22

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0007223

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
17-11-2022		03	300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
pharmacie du 9 Avril - 32 05 32 05 - 36, Boulevard du 9 Avril - Casablanca - Tél : 0522 32 05 32 05 - pharmaciedulouvre.com	17/11/22	4675,70.

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	

VOLET ADHERENT

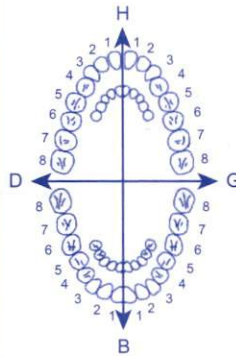
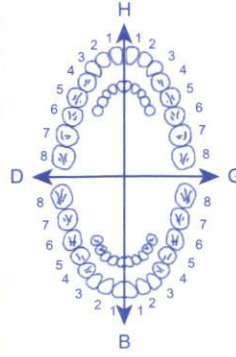
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 COEFFICIENT 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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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 ALI EL MAKHLOUF
PROFESSEUR AGREGÉ
CABINET D'EXPLORATION CARDIOVASCULAIRE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE

5 RUE MOHAMED ABDOU RESIDENCE LE PARC APPT N°2

CASABLANCA
Tél : 0522298155/59
Email : elmakhlouf@gmail.com

A CASABLANCA Le 17.11.2022

Mr SADDIQL Nouredine

CRESTOR 10 MG
1 CP LE SOIR SANS ARRET

XARELTO 20 MG :
1 CP PAR JOUR SANS ARRET

EXFORGEHCT 5/160/12.5
1 CP PAR JOUR SANS ARRET

ZYLORIC 200mg :
1CP PAR JOUR SANS ARRET

JANUMET 5/1000mg
1CP X 2 PAR JOUR SANS ARRET

TRAITEMENT DE 06 MOIS

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp peli b30
P.P.V : 185,70 DH
6 118001 183111

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp peli b30
P.P.V : 185,70 DH
6 118001 183111

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp peli b30
P.P.V : 185,70 DH
6 118001 183111

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A.

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A.

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A.

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A.

6118001030989
EXFORGE HCT
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 286.00 DH

6118001030989
EXFORGE HCT
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 286.00 DH

Docteur ALI EL MAKHLOUF

6118001030989
EXFORGE HCT
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 286.00 DH

6118001030989
EXFORGE HCT
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 286.00 DH

6118001030989
EXFORGE HCT
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 286.00 DH

6118001030989
EXFORGE HCT
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 286.00 DH

6118001030989
EXFORGE HCT
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 286.00 DH

6118001030989
EXFORGE HCT
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 286.00 DH

6118001030989
EXFORGE HCT
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 286.00 DH

6118001030989
EXFORGE HCT
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 286.00 DH

EN CAS D'URGENCE APPELÉZ LA CLINIQUE JERR
0522238181
DR EL MAKHLOUF 0661131483

LOT 211104
EXP 04 2025
PPV 31.30

LOT 213509
EXP 01 2026
PPV 31.30