

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 519 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : EL GUERGAAI Abdellah.
 Date de naissance : 1947
 Adresse : 4 Rue Yassine Fakir Hay Salam CR
 Agdal Casablanca
 Tél. : 05 22 36 77 85 Total des frais engagés : 1383,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 DR. TAOUFIK LOUAHABI
 Cardiologue
 Cardiologie Interventionnelle
 Rythmologie Interventionnelle
 INPAC 2007
 Tel: 05 22 20 45 45
 Nom et prénom du malade : Mr. EL GUERGAAI ABDELLAH Age:
 Date de consultation : 16/03/2023
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : H.A.
 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 : 15/03/2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15/03/2023 | Consultation | + 190 | 300 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|---------|-----------------------|
| PHARMACIE LONGCHAMP Rue Taxis BEN LAMIA Tél: 09200018 | 16/3/23 | 1330,70 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

| 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |
| G | | |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280
AL MADINA
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH



6 118001 090280

المدينة

مصحة متعددة الاختصاصات

15/03/2023

M.ZGUER GAI ABDELLAH.

275,60

1. Fludex 115

X

1-0-0



68,90x4

643,60

2. IRPHI 300



160,90x4

110,80

3. Cardioaspirine



27,70x4

300,80

4. Amep 10



75,20x4

Dr. TAZI ET ASSOCIÉS
Cardiologie Interventionnelle
Rythmologie Interventionnelle
INPE - 910 Casablanca
Tél: 0661 42 22 22

1330,80

frent L olymt

532, Bd. Panoramique, Casablanca - Tél: 0 522 77 77 40 à 49 - Fax: 0 522 25 00 01

ICE: 001630200000096 - Email: contact@cliniquealmadina.ma

Premier E-E du dépistage

COOPER PHARMA
LOT : 211191
PER : 06 - 2024
PPV : 75,20 DH

COOPER PHARMA
LOT : 211191
PER : 06 - 2024
PPV : 75,20 DH

COOPER PHARMA
LOT : 211191
PER : 06 - 2024
PPV : 75,20 DH

COOPER PHARMA
LOT : 211191
PER : 06 - 2024
PPV : 75,20 DH

LOT : 069
PER : JAN 2026
PPV : 160 DH 90

LOT : 069
PER : JAN 2026
PPV : 160 DH 90

LOT : 069
PER : JAN 2026
PPV : 160 DH 90

LOT : 069
PER : JAN 2026
PPV : 160 DH 90

30 दिनों की तिथि तक

पूर्ण रूप से

लाइसेंस

LD

liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

लिस्ट द्वारा दिए गए यह दवाएँ : II लिस्ट

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

लिस्ट द्वारा दिए गए यह दवाएँ :

68,90

(50 X 20 X 114) mm

30 दिनों की तिथि तक

पूर्ण रूप से

लाइसेंस

LD

liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

लिस्ट द्वारा दिया गया है। यहाँ तक : II लिस्ट

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

लिस्ट द्वारा दिया गया है।

68,90

(50 X 20 X 114) mm

30 दिनों की तिथि तक

पूर्ण रूप से

लाइसेंस

LD

liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

लिस्ट द्वारा दिया गया है। यहाँ तक : II लिस्ट

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

लिस्ट द्वारा दिया गया है।

68,90

(50 X 20 X 114) mm

30 दिनों की तिथि तक

पूर्ण रूप से

लाइसेंस

LD

liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

लिस्ट द्वारा दिया गया है। यहाँ तक : II लिस्ट

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

लिस्ट द्वारा दिया गया है।

68,90

(50 X 20 X 114) mm

30 दिनों की तिथि तक

पूर्ण रूप से

लाइसेंस

LD

liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

लिस्ट द्वारा दिया गया है। यहाँ पर्याप्त नहीं है।

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

लिस्ट के अनुसार।

68,90

(50 X 20 X 114) mm

30 दिनों की तिथि तक

पूर्ण रूप से

लाइसेंस

LD

liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

लिस्ट द्वारा दिया गया है। यहाँ पर्याप्त नहीं है।

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

लिस्ट द्वारा दिया गया है।

68,90

(50 X 20 X 114) mm

CASABLANCA

Reçu de caisse

Médecin : DR. LOUAHABI TAOUIK

N° : 2303150959063120 / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|---------------------|-------------------|
| 23C150958 | EL GUERGAI ABDELLAH | 15/03/2023 |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|------------------------------|------------------------|-------------|
| Espèce | | 350,00 |
| PAYANT | Total payé | 350,00 |
| TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS | | |

Reçu établi par : M.SOUMIA

