

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.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



163035

Déclaration de Maladie : N° P19-0008922

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05130 Société : EAT
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ROUGANI Fatima Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0672668882 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/02/2023
Nom et prénom du malade : ROUGANI Mohamed Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : cardiopathie
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 : 27/02/2023
Signature de l'adhérent(e) : A. S.

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
27-02-2023	C			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

27/02/2023

5081,40

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

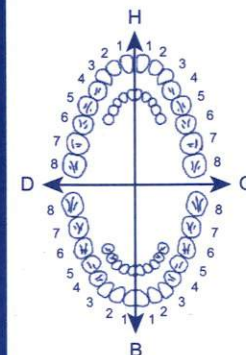
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

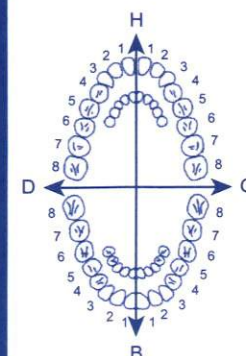
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Monsieur ROUGANI Mohamed

Casablanca le 27.02/2023

92,10 30,700 03
84,20
1- KARDEGIC 75 MG.
1 SACHET PAR JOUR SANS ARRET

2- CARDIX 25mg
1/2CP PAR JOUR SANS ARRET

304,00 02
604,00
3- LASILIX DPECIAL 500mg
1/2 CP MATIN ET SOIR sans arrêt

405,00 03
1215,00
629,00 02
4- UPERIO 100 MG:
1 cp par jour MATIN ET SOIR sans arrêt

1258,00
5- XARELTO 20 MG
1 cp LE SOIR SANS ARRET

56,80
6- FORXIGA 10 MG:
1 CP PAR JOUR AVANT LE PETIT DEJENER SANS ARRET

7- ALDACTONE 50 MG : 1 CP LE MATIN SANS ARRET

266,00 05
1330,00
147,10 03
8- CORALAN 7.5 MG:
1 CP MATIN ET SOIR X3 MOIS

441,30
9- ROZAT 20 MG:
1 cp le soir sans arrêt

KARDEGIC 75 MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

KARDEGIC 75 MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

KARDEGIC 75 MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

Pharmaceutical Institute
R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat
LOT : 395
PER : AUT 2025
PPV : 84 DH 20

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

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

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

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

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.

ALDACTONE 50 mg
P.P.V: 56,80 DH

6 "118001"13005
AMM n°: 565/17 DMP/21
CORALAN 7,5 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 266,00 DH
Servier Maroc - Casablanca

6 "118001"13005
AMM n°: 565/17 DMP/21
CORALAN 7,5 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 266,00 DH
Servier Maroc - Casablanca

6 "118001"13005
AMM n°: 565/17 DMP/21
CORALAN 7,5 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 266,00 DH
Servier Maroc - Casablanca

6 "118001"13005
AMM n°: 565/17 DMP/21
CORALAN 7,5 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 266,00 DH
Servier Maroc - Casablanca

6 "118001"13005
AMM n°: 565/17 DMP/21
CORALAN 7,5 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 266,00 DH
Servier Maroc - Casablanca

PPV: 147DH10
PER: 11/24
LOT: L3805-2

PPV: 147DH10
PER: 03/25
LOT: M333-2

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