

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- 0022835

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7913 Société : RAI AL3056
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : OUAHRI MOHAMMED
Date de naissance : 01-07-1943
Adresse : 17, B59, BORDJ BOUJOURNA, Apt 4, CASA
Tél : 06 64 31 32 46 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LOUFI Anas
Cardiologue

Date de consultation : 17/05/2023
Nom et prénom du malade : OUAHRI MOHAMMED Age : 80a
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA, DT2, Pacemaker double chambre
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) :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
17/05/23	CS, ECG	# 300,00 /hs #		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/05/23	3498,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

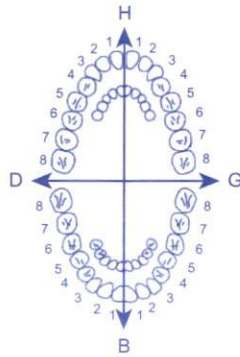
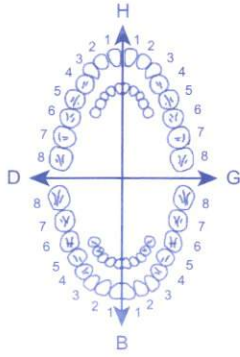
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Dr LOUTFI Anas

Cardiologue

- Diplômé de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Ancien interne du CHU Ibn Rochd
- Ancien interne à l'hôpital de Poissy Saint Germain en Laye, France
- Diplômé en Echo doppler de l'université de Rouen Normandie, France

Eliquis® 2,5 mg
60 comprimés pelliculés
ELIQUIS 2.5MG 60 CPS

P.P.V : 748DH00

6 118001 170937

Laboratoires
Pfizer S.A.

Casablanca, le

17/05/2023

LOT : 230054
EXR : 01/2026
PPV : 57,80DH
LOT : 01/2026
PPV : 57,80DH
PPV : 57,80DH

الرتور لطف
طبيب القلب وال
- خريج كلية الد
- طبيب داخلي
- ابن رشد بالدار
- طبيب داخلي
- بواصي سان ج
- حاصل على ش
- من جامعة روا

Eliquis® 2.5 mg
ELIQUIS 2.5MG 60 CPS
P.P.V : 748DH00
6 118001 170937

Laboratoires
Pfizer S.A.

7^e QUARTRE Shammed

3x 209,00

(1) Aprovasc 300/10

3x 58,10

(2) Cardensiel 5

2x 140,00

(3) Oedis 20

3x 748,00

(4) Eliquis 2,5

3x 57,80

(5) LD-Nor 10

⇒ Traitement de 3 mois

حي بوركون - الدار البيضاء
633, Rue Goulmima, 2^{ème} étage, N

0520 902 009 0660 274

Eliquis® 2.5 mg
60 comprimés pelliculés
ELIQUIS 2.5MG 60 CPS
P.P.V : 748DH00
6 118001 170937

Laboratoires
Pfizer S.A.

S.V

S.V

Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV : 58,10 DH
6 118001 100873

S.V

Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV : 58,10 DH
6 118001 100873

Laboratoires
Pfizer S.A.

Pharmacie Nour El Aoud
Docteur en Pharmacie
17/13 - 05 22 23 19 18

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain sebaa Casablanca
APROVASC 300mg /10mg B28
Co Pel
PPV : 209,00DH

6 118001 082056

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain sebaa Casablanca
APROVASC 300mg /10mg B28
Co Pel
PPV : 209,00DH

6 118001 082056

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain sebaa Casablanca
APROVASC 300mg /10mg B28
Co Pel
PPV : 209,00DH

6 118001 082056