

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1705 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SADDIQI Noureddine

Date de naissance : 8-4-52

Adresse : Res. Al Qurtara Alas 1/2, 107982

Tél. 0661376164 Total des frais engagés : 5283,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/04/2023

Nom et prénom du malade : SADDIQI Noureddine Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : cardiopathie

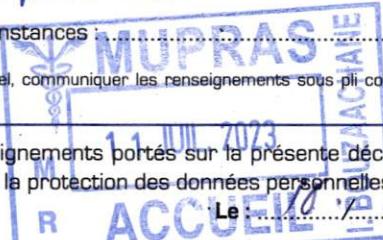
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Baraka 2 Le : 11/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-026606

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).

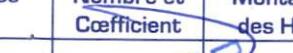
Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
17-04-2023			2000	<p style="text-align: center;">  DR. EL MAKHLOFI Professeur Agrégé C Professeur Agrégé C Rue Med. Abd... Rue Med. Abd... Rue Med. Abd... </p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Boulevard du 9 Avril - Palmier Rabat - Tél : 0522 25 32 05 e-mail : medeloulvre@gmail.com	11/04/2021	4983.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

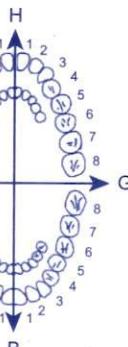
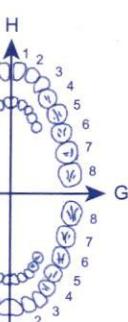
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	
				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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 AGREGE
 CABINET D EXPLORATION CARDIOVASCULAIRE
 ADULTE ET PEDIATRIQUE

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat -R.P.1,
 Ain sebaâ Casablanca
 Tavanic 500mg cp pel b7
 P.P.V : 205,00 DH
 6 118001 080830

5 RUE MOHAMED ABDOU RESIDENCE LE PARC APPT N°2

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

A CASABLANCA Le 17.04.2023

Mr SADDIQI Noureddine

CRESTOR 10 MG
 1 CP LE SOIR X3 MOIS

XARELTO 20 MG :
 1 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

D-CURE FORT :
 1AMPOULE PAR MOIS X 06 MOIS

TRAITEMENT DE 06 MOIS

Distribué par MSD MAROC.
 AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
 P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
 AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
 P.P.V: 437,00 DH.

I CAS D'URGENCE APPELEZ LA CLINIQUE JERRADA
 0522238181
 DR EL MAKHLOUF 0661131483

Distribué par MSD MAROC.
 AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
 P.P.V: 437,00 DH.



Docteur ALI EL MAKHLOUF

*Dr. EL MAKHLOUF Ali
 Professeur Agrégé Cardiologie
 5, Rue Med. Abdouh - Casa
 33300 Casablanca*