

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.

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-779337

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3288

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZAHIDY AHMED

Date de naissance :

01/01/53

Adresse :

Tél. : 0661258027

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MLD

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :

WAD

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ELLIOT M. BENJAMIN NADIR 313, RUE DES TARTAUX 93130 GENnevilliers	28/11/23	99350
		INPE:092025014

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of teeth treated: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on both arches)	Nature des Soins (List of treatments: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on both arches)	Coefficient (List of coefficients: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on both arches)	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
				ODF PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
						H	25533412	21433552										
						D	00000000	00000000										
						B	00000000	00000000										
						G	35533411	11433553										
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

PHARMACIE EL LOTF

MME BENJELLOUN

313 BD OUED TENSIFT EL OULFA CASABLANCA

CASA

Taxe Profes. N°: 3600411

N° R.C. : 230302

N° ID.F. : 51506145

N° ICE 001619057000063

N° CNSS : 2110542

Tel : 0522910023

Fax :

ZAHIDY AHMED

I.C.E. :

CASABLANCA

Le : 28/11/2023

FACTURE N°: 1350/23

Qté	Désignation	Prix	Montant
3	XEDILOL 25MG CP	88.10	264.30
7	AMLOR 5MG/28 CP	89.20	624.40
4	CARDIO ASPIRINE	27.70	110.80

Total : 999,50

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

NEUF CENT QUATRE-VINGT DIX NEUF DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

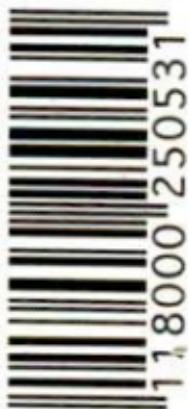
INPE:092025014

PHARMACIE EL LOTF
Mme. BENJELLOUN NEAMA
313, Bd. Oued Tensift El Oulfa
Casablanca - Maroc - 0522910023

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Amlozi® 5 mg

28 COMPRIMÉS



6

.

LE 28

5 mg



UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

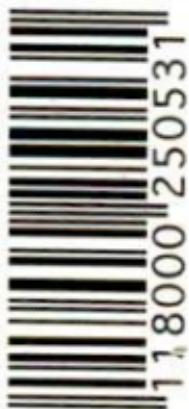
89,20

09366067/7

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Amlozi® 5 mg

28 COMPRIMÉS



6

.

LE 28

5 mg



UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

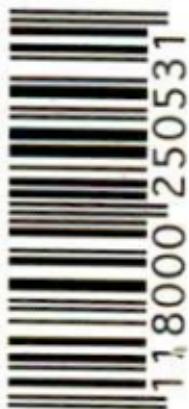
89,20

09366067/7

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Amlozi® 5 mg

28 COMPRIMÉS



6

.

LE 28

5 mg



UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

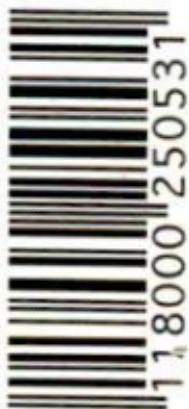
89,20

09366067/7

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Amlozi® 5 mg

28 COMPRIMÉS



6

.

LE 28

5 mg



UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

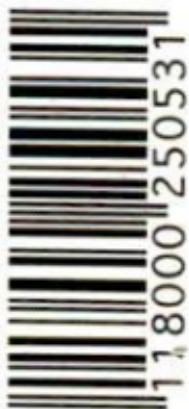
89,20

09366067/7

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Amlozi® 5 mg

28 COMPRIMÉS



6

.

LE 28

5 mg



UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

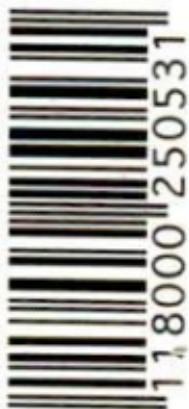
89,20

09366067/7

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Amlozi® 5 mg

28 COMPRIMÉS



6

.

LE 28

5 mg



UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

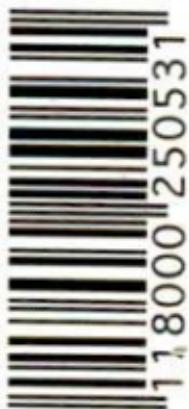
89,20

09366067/7

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Amlozi® 5 mg

28 COMPRIMÉS



6

.

LE 28

5 mg



UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

89,20

09366067/7

كارديوأسبرين 100 مع

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



كارديوأسبرين 100 مع

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

كارديوأسبرين 100 مع

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

كارديوأسبرين 100 مع

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة





٩٥,٠٠

كسدليول

كاريديول



XEDILOL® 25 mg
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N°: 215/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 021773



٩٥,٠٠

كسدليول

كاريديول



XEDILOL® 25 mg
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N°: 215/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 021773



٩٥,٠٠

كسدليول

كاريديول



XEDILOL® 25 mg
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N°: 215/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 021773

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : ZAHIDY AHMED

Matricule : 3288

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Dr. J. SIBAI

CARDIOLOGUE

Spécialité :

N° ICE : Angle 38, Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca

N° INPE :

091129718

Tél.: 03 22 43 78 79 - 05 22 43 78 90

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

hTA Chocante -

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

*Andal 5, 19x4,
Xedel 25 19x4,
Cardizem*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Car le 28 NOV. 2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. J. SIBAI
CARDIOLOGUE
Angle 38, Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca
Tél.: 03 22 43 78 79 - 05 22 43 78 90

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées