

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016376

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 826 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Abdellaziz Aissa Benach Date de naissance : 29/09/1984

Adresse : 87 cité Baalabek Am diak

Tél. : 05 22 20 45 43 Total des frais engagés : 8375.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL MAKHLOUF AI
Professeur Agrégé Cardiologie
5 Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 29 81 55/59 05 22 27 26 89

Date de consultation : 23/10/2019

Nom et prénom du malade : M. Abdellaziz Aissa Benach Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cardiopathie ischémique

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 : 23/10/2019 Le : / /

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
23.10.2013	619	63	305	<i>Dr. EL MAKHLOUF A. Spécialiste Prog Cardiologue Med. Abdouh 5569-9523-1168-83 Télé: 0522362924</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Mme ALLOUCHE Pharmacie Les Aromes 5, Rue Jalal Ben Ghoul Quartier Té: 0522362924</i>	23/10/2013	T = 8075 - 0000

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

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

DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	

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

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 Abdelaziz AMAROUCH
Pharmacie des Arcades
5, Rue Sayuti
Quartier Sidi Sayuti
Casablanca
Té. 0522 36 28 24*

Monsieur Abdelaziz AMAROUCH

1 - LASILIX 40 mg : **SV**
1 CP LE MATIN ET ~~SOIR~~ SANS ARRET

2 - CORVASAL cp 2 mg: 1 CP X2/J X 3 MOIS

3 - TAHOR 10 mg: 1 CP PAR JOUR X 3 MOIS
A PRENDRE LE SOIR SANS ARRET.

4 - ALDACTONE 50 mg : 1/2 cp tout les jours
SANS ARRET

5 - SINTROM 4 mg:
1/2 CP LE SOIR

6 - ZYLORIC 200 mg:
1 CP PAR JOUR SANS ARRET

7 - CARDENSIL 2.5 mg:
1 CP PAR JOUR SANS ARRET.

8 - INEXIUM 20 mg :
1 CP LE SOIR X 3 MOIS

9 - UPERIO 50
1 CP MATIN ET SOIR A 12 H D'INTERVALLE X 1 MOIS

10 Lovreno 0,4

1/2 CP LE SOIR

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 53 / 53 54
OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU 06 61 13 94 83

*PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF AH
Pharmacie des Arcades
5, Rue Sayuti
Quartier Sidi Sayuti
Casablanca
Té. 0522 36 28 24*

4, 80 X 5,00 DH

