

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

- Reclamation : 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 Aïla Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïla 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° W21-620196

67913

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 02478 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : G. MEDDARI Mohammed
Date de naissance :
Adresse : Dar Solama Imm 69 No 7 HAY Chabbi
Tél. : 0664 901841 Total des frais engagés : 866,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Badie Azzaman MEHADJI
Chirurgien Cardiaque et Vasculaire
Casablanca

Date de consultation : 28/03/2021
Nom et prénom du malade : DOUKKALI Boum Keltoun Age : 67 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : céphalées - Asthme bronchique
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) :

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
23/3/2021	CS	13	GRATUIT	INP : 091027052 Dr. Badie Azzaman MEHMOUDI Chirurgien Cardiaque et Vasculaire Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BENMANSOUR Rue Rachid Ben Ali Tél : 0222 24 89 49 Fax : 0222 24 89 49	29/3/21	866,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

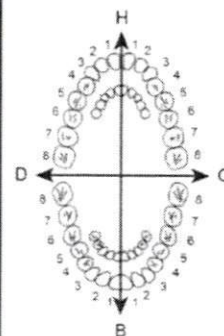
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

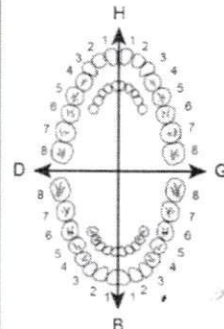
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس
CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis
Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle
Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique
Coro-Scanner / 128 barrettes

de 29/3/2021

الدكتور محمد علاوي
Dr. Mohamed ALLAOUI

CARDIOLOGUE

DES de Cardiologie
et
Pathologie Vasculaire
de la Faculté
de
Médecine de PARIS
Ancien Interne
des
Hôpitaux de NANCY
Membre de la Société
Française de Cardiologie

Mme DOUKKALI Oum Keltoun

- Régime sans sel
- Co-Anginib 50/125 1 comp. / jour
- Levothyrox 50 1 comp. / jour
- Ventoline 0.5% solution 3 - 4 nébulisations / jour
- D-Cure Forte 1 amp. buvable / 15 jours.
- Zithromax 500 1 comp. / jour x 6 jours.

25/00 x 13

Bte de 60 comp.

1340

2950

4960

2070 x 2

2660



Dr. Badie Azzaman M.D.
Chirurgien Cardiovasculaire et Thoracique
Casablanca

20, Rue France Ville - Oasis - CASABLANCA 20000 الدار البيضاء - الوازيس - زنقة فرانس فيل - 20

Tél. : 05 22 98 75 75 / 05 22 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax : 05 22 98 83 25 - GSM : 06 72 29 45 14 - 06 72 29 47 13 - 06 72 29 48 72
E-mail : clinique_cardiologique@hotmail.com - Patente : 34788311 - C.N.S.S : 7379622 - I.F. : 01006967 - I.C.E : 001750502000084
N° Cpte : 190 780 21211 430 4969 0009 74 Banque Centrale Populaire - Casablanca

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 29,50 DH
ID: 645445
6 118001 141296

ZITHROMAX 500 MG
Boîte de 03 comprimés
Lot: 1281533
Date Fab: 10 / 2019 Date Exp: 09 / 2021
PPV : 79,70 DH

ZITHROMAX 500 mg
azithromycine
Laboratoires Pfizer S.A. Maroc
Km 0,5 Route de Ouadidia 24000 El Jadida
3 Comprimés sécables
6 118000 250500

LOT: 267
PER: SEP 2022
PPV: 205 DH 00

CO-ANGINIB 50 mg/12,5 mg
60 Comprimés
6 118000 051060

ZITHROMAX 500 MG
Boîte de 03 comprimés
Lot: 1281533
Date Fab: 10 / 2019 Date Exp: 09 / 2021
PPV : 79,70 DH

ZITHROMAX 500 mg
azithromycine
Laboratoires Pfizer S.A. Maroc
Km 0,5 Route de Ouadidia 24000 El Jadida
3 Comprimés sécables
6 118000 250500

LOT: 267
PER: SEP 2022
PPV: 205 DH 00

CO-ANGINIB 50 mg/12,5 mg
60 Comprimés
6 118000 051060

Fabriqué par: **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.

6 118001 320103

LOT: 267
PER: MAI 2022
PPV: 205 DH 00

CO-ANGINIB 50 mg/12,5 mg
60 Comprimés
6 118000 051060

PPV: 49,60 DH
LOT: 20J13
EXP: 10/2023