

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.

Traitement :

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 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



Déclaration de Maladie : N° P19- 0023040

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02654 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZENNAS Mohamed Date de naissance : 08/04/1958
Adresse : 12101 WAFI ALI ALI H267 DEKOUA
Tél. : 0619015247 Total des frais engagés : 4018,80 + 250,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/06/2019
Nom et prénom du malade : Mohamed Zennas Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Hypertension artérielle, Coronaropathie
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) :

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
13/06/19	C4 ETC		20,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13-6-19	40 18,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

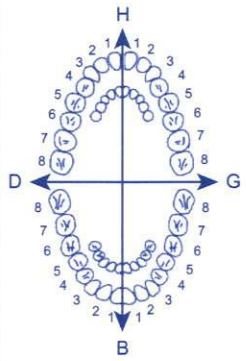
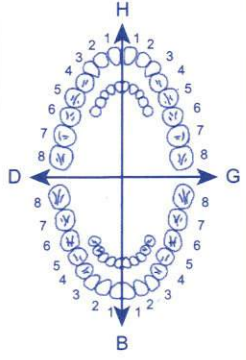
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(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

Dr. Hanane EL MOSALAMI
SPECIALISTE EN PATHOLOGIE
CARDIO-VASCULAIRE

Diplômée d'Echocardiographie de l'Université
 Bordeaux Segalen
 Holter ECG et Tensionnel
 Epreuve D'effort
 Echocardiographie de stress
 Ancien interne des Hôpitaux de paris
 Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca

Casablanca le : 13/06/2019 : الدار البيضاء، في

الدكتورة حنان المسلمي

أخصائية في أمراض القلب والشرابيين

دبلوم الفحص بالصدى بجامعة بورنو بفرنسا
 التسجيل المستمر للضغط الدموي و تخطيط القلب
 تخطيط القلب أثناء الجهد
 فحص القلب بالصدى أثناء الجهد
 طبية داخلية سابقة بمستشفيات باريس بفرنسا
 خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

MME OULBI ZINEB

• **Nebilet 5 mg**

1 comprimé, matin, pendant 3 mois

• **Crestor 10 mg**

1 comprimé, soir, pendant 3 mois

• **Coplavix 75mg/100mg**

1 comprimé, matin, pendant 3 mois

• **Exforge hct 10 mg /160mg /25 mg**

1 comprimé, matin, pendant 3 mois

• **Coralan 5 mg**

1/2 comprimé, matin, soir, pendant 3 mois

Adresse: 203 bd panoramique, Imm panoramique II,
 3^{ème} étage N°38, Rond point panoramique 2 Mars
 Ain Chock - Casablanca
E-mail: cabinetelmosalami@gmail.com
Tél: 05 22 87 00 84 - **Urgences :** 06 77 18 79 17

العنوان: 203 شارع المنظر العام، إقامة المنظر العام 2، الطابق 3، رقم 38
 تقاطع شارع 2 مارس و شارع المنظر العام
 عين الشق - الدار البيضاء
البريد الإلكتروني: cabinetelmosalami@gmail.com
الهاتف الثابت: 05 22 87 00 84 **المستعجلات:** 06 77 18 79 17

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 162DH60

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain seba Casablanca
Crestor 10mg cp pel b30
P.P.V : 243,00 DH



NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 162DH60

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain seba Casablanca
Crestor 10mg cp pel b30
P.P.V : 243,00 DH



* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 162DH60

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain seba Casablanca
Crestor 10mg cp pel b30
P.P.V : 243,00 DH



Sanofi-aventis Maroc
Rue de Rabat 2 P.T.
Ain seba Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 278,00 DH



Sanofi-aventis Maroc
Rue de Rabat 2 P.T.
Ain seba Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 278,00 DH



Sanofi-aventis Maroc
Rue de Rabat 2 P.T.
Ain seba Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 278,00 DH



6118001030903
EXFORGE HCT
10mg/160mg/25mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361,00 DH



6118001030903
EXFORGE HCT
10mg/160mg/25mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361,00 DH



6118001130030
CORALAN 5 mg
Boîte de 28 comprimés
PPV : 295,00 DH
Servier Maroc - Casablanca

1126507-A17-MA



6118001030903
EXFORGE HCT
10mg/160mg/25mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361,00 DH

0522

1126507-A17-MA

MXGS0059

Servier Maroc - Casablanca
Boîte de 28 comprimés
PPV : 295,00 DH



6118001130030
CORALAN 5 mg
Boîte de 28 comprimés
PPV : 295,00 DH
Servier Maroc - Casablanca

MXGS0059