

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie : N° P19-0013412

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3110 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZAID LARRBI Date de naissance : 01/01/45
Adresse : 91 My EL MEHD1 BP440 MONTE ARRULT (NADOR)
Tél. : 06 61155808 Total des frais engagés : 3141,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Nacer CHRAÏBI
Cardiologue
34, rue Charam Achaykh
CASABLANCA - Tél. : 022.98.12.52

Date de consultation : 09/10/2019
Nom et prénom du malade : ZAID LARRBI Age : 45

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : CASABLANCA Le : 10/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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.

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

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

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
09/10/19	C3 + ECG	280		 34, rue du Docteur Achaykh CASABLANCA Tél. : 022.98.12.52

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE FRANCE VILLE 17, Bd. de la Casablanca Tél. 05 22 23 04 21	19/10/19	2891.20 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

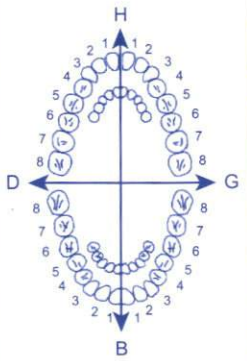
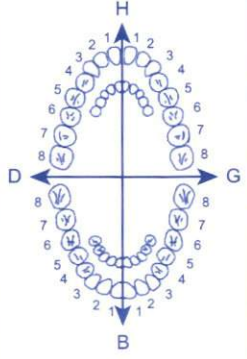
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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														
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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EX

Professeur Nacer CHRAIBI

الدكتور ناصر الشرايبي

Maladies du Cœur et des Vaisseaux

أمراض القلب و الشرايين

Ex Chef du Service de Cardiologie

au CHU Ibn Rochd de Casablanca

Résidence Espace Palmier

34 Rue Charam Achaykh

Casablanca

رئيس قسم أمراض القلب سابقاً

بالمركز الجامعي ابن رشد

إقامة فضاء النخيل

زنقة شرم الشيخ، 34،

الدار البيضاء

Téléphone : 0522.98.12.52 : الهاتف

Télécopie : 0522.99.19.43 : الفاكس

Sur Rendez-vous

INP 091043026

ICE : 001714601000090

ORDONNANCE

Casablanca le 09.10.19.

N° 29600 X 7 Exforge 5/80 mg 2072.00

49.40 X 7 1c water 345.80

157,80 X 3 Amep 5 mg 1c 201

Rosuvastatin 10 mg 473.40

1c 18' 20 2891.20

PHARMACIE FRANCE VILLE

2891,20

Dr Nacer CHRAIBI
Cardiologue
34, rue Charam Achaykh
CASABLANCA - Tél : 0522.98.12.52

5 mg/80 mg

EXFORGE®

Amlodipine/Valsartan

إكسفورج 80/5 مغ

أملوديبين/فالسارتان

28 comprimés pelliculés

28 قرصا مغلفا

Voie orale

عن طريق الفم

NOVARTIS

EXFORGE® 5 mg/80 mg

Amlodipine/Valsartan

28 comprimés pelliculés

3110

28 comprimés pelliculés
PPV : 296.00 DH

5mg/80mg

EXFORGE ○

611800103058 3



611800103058 3

EXFORGE ○
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 296.00 DH



611800103058 3

EXFORGE ○
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 296.00 DH



611800103058 3

EXFORGE ○
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 296.00 DH



611800103058 3

EXFORGE ○
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 296.00 DH



611800103058 3

EXFORGE ○
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 296.00 DH



611800103058 3

EXFORGE ○
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 296.00 DH

49,00

5 ملغ
عن طريق الفم

28 x قرصا



AMEP® 5mg
28 comprimés



6 118000 081524



COOPED

49,00

5 ملغ
عن طريق الفم

28 x قرصا



AMEP® 5mg
28 comprimés



6 118000 081524



COOPER

49,00

5 ملغ
عن طريق الفم

28 x قرصا



AMEP® 5mg
28 comprimés



6 118000 081524



COOPER

49,00

5 ملغ
عن طريق الفم

28 x قرصا



AMEP® 5mg
28 comprimés



6 118000 081524



COOPED

49,00

5 ملغ
عن طريق الفم

28 x قرصا



AMEP® 5mg
28 comprimés



6 118000 081524



COOPED

49,00

5 ملغ
عن طريق الفم

28 x قرصا



AMEP® 5mg
28 comprimés



6 118000 081524



COOPER

49,00

5 ملغ
عن طريق الفم

28 x قرصا



AMEP® 5mg
28 comprimés



6 118000 081524



COOPED

Rosuvastatin[®] SUN



Rosuvastatine

30 Comprimés pelliculés
Voie orale

10 mg



SUN
PHARMA

Lot n°:

EXP:

PPV:

157 DH 80

Rosuvastatin[®] SUN



Rosuvastatine



SUN
PHARMA

10 mg

30 Comprimés pelliculés
Voie orale

Lot n°:

EXP:

PPV:

157 DH 80

Rosuvastatin[®] SUN



Rosuvastatine



SUN
PHARMA

10 mg

30 Comprimés pelliculés
Voie orale

Lot n°:

EXP:

PPV:

157 DH 80

