

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.

Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com

Prendre 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.

S : 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- 068035

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **22225**

Matricule : **22225** Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **FOURD H MOURAD**

Date de naissance : **17/02/50**

Adresse : **LOT 7 Chemin Laymoune LOT 7 CDA**

Tél. **06 71 83 45 15** Total des frais engagés : **1764,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **03 / 12 / 2019**

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : **Tension Artérielle**

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 : **CASA** Le : **03 / 12 / 19**

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

ACCUEIL

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux	Montant des soins																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis																		
		Fin de																		

Visa et cachet du praticien attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution
------------------------------------------------	---------------------------------------------------

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W18-392293	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle	



W18-392293

DATE DE DEPOT

...../...../201.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	2834
Nom & Prénom		FOUADH MOURAD	
Fonction	OPL (RET)	Phones	0671834515
Mail		fouadh.mourad@gmail.com	

MEDECIN	Prénom du patient	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age	Date 03/12/19	
Nature de la maladie	Date 1ère visite	

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
LTA		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Sc ELU		300,00dh

PHARMACIE	Date	03/12/19
Montant de la facture	1764100	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date :
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Docteur Youssef DRISSI

Spécialiste des maladies
du Cœur et des Vaisseaux

Ancien Médecin Interne
des Hôpitaux de Paris

- Holter tensionnel
- Holter rythmique
- Epreuve d'effort
- Echo-doppler
cardiaque couleur



الدكتور يوسف الإدريسي

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

طبيب سابق بمستشفيات باريس

الفحص بالصدى بالألوان
- الهولتر -

Casablanca, le 03.12.19

فوسفا لومون

294100

Loveram 10/10

26

14/10 (46 ans)

176400

PHARMACIE LAIMOUN SARL AU

466, Lot. Allaymoune Lissasfa
Casablanca - Tél.: 05 22 90 94 94

RC : 381781 - TP : 36293297 - IF : 24821866

ICE : 001850225000089

Dr. Youssef DRISSI
CARDIOLOGUE
100 Bd. Oum Elrahman Hay Hassani
Casablanca - Tél.: 05 22 93 86 00

100, شارع أم الربيع - إقامة الأفق - الحي الحسني - الدار البيضاء

100, bd. Oum Rabii - Résidence Al Ofoq (près de la Polyclinique CNSS) Hay Hassani - Casablanca

المستعجلات : 0661 08 02 82 - Urgences : 0661 08 02 82 - E-mail : ydrissi@hotmail.com - الهاتف : 0522 93 86 00 / Tél./Fax

246920030-03

كوفيرام

حبّات 10 ملغ / 10 ملغ

بيراندوبريل أرجنين / أملوديبين

COVERAM[®]

10 mg / 10 mg

comprimés

Périndopril arginine / amlodipine

10
10

30 حبة



Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Un comprimé contient 6,790 mg de périndopril correspondant à 10 mg de périndopril arginine et 13,870 mg d'amlodipine bésilate équivalent à 10 mg d'amlodipine.

Contient du lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations

Sur prescription médicale seulement.

Respecter les doses prescrites.

Lire la notice avant utilisation.

Fabricant : Servier (Ireland) Industries Ltd
Gorey Road - Arklow - Co. Wicklow - Ireland
Conditionnement : SERVIER MAROC

Site de production
Zone industrielle
Aéroport Nouasser

294,00

nekicesa

683.11240-003.N0572

2

246920030-03

كوفيرام

حبّات 10 ملغ / 10 ملغ

بيراندوبريل أرجنين / أملوديبين

COVERAM[®]

10 mg / 10 mg

comprimés

Périndopril arginine / amlodipine

10
10

30 حبة



Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Un comprimé contient 6,790 mg de périndopril correspondant à 10 mg de périndopril arginine et 13,870 mg d'amlodipine bésilate équivalent à 10 mg d'amlodipine.

Contient du lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations

Sur prescription médicale seulement.

Respecter les doses prescrites.

Lire la notice avant utilisation.

Fabricant : Servier (Ireland) Industries Ltd
Gorey Road – Arklow – Co. Wicklow – Ireland
Conditionnement : SERVIER MAROC

Site de production
Zone industrielle
Aéropole Nouasser

294,00

nekicesa

683.11240-003.N0572

2

246920030-03

كوفيرام

حبّات 10 ملغ / 10 ملغ

بيراندوبريل أرجنين / أملوديبين

COVERAM®

10 mg / 10 mg

comprimés

Périndopril arginine / amlodipine

10
10

30 حبة



Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Un comprimé contient 6,790 mg de périndopril correspondant à 10 mg de périndopril arginine et 13,870 mg d'amlodipine bésilate équivalent à 10 mg d'amlodipine.

Contient du lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations

Sur prescription médicale seulement.

Respecter les doses prescrites.

Lire la notice avant utilisation.

Fabricant : Servier (Ireland) Industries Ltd
Gorey Road – Arklow – Co. Wicklow – Ireland
Conditionnement : SERVIER MAROC

Site de production
Zone industrielle
Aéropole Nouasser

294,00

nekicesa

683.11240-003.N0572

2

246920030-03

كوفيرام

حبّات 10 ملغ / 10 ملغ

بيراندوبريل أرجنين / أملوديبين

COVERAM[®]

10 mg / 10 mg

comprimés

Périndopril arginine / amlodipine

10
10

30 حبة



Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Un comprimé contient 6,790 mg de périndopril correspondant à 10 mg de périndopril arginine et 13,870 mg d'amlodipine bésilate équivalent à 10 mg d'amlodipine.

Contient du lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations

Sur prescription médicale seulement.

Respecter les doses prescrites.

Lire la notice avant utilisation.

Fabricant : Servier (Ireland) Industries Ltd
Gorey Road – Arklow – Co. Wicklow – Ireland

Conditionnement : SERVIER MAROC

Site de production
Zone industrielle
Aéropole Nouasser

294,00

nekicesa

683.11240-003.N0572

2

246920030-03

كوفيرام

حبّات 10 ملغ / 10 ملغ

بيراندوبريل أرجنين / أملوديبين

COVERAM®

10 mg / 10 mg

comprimés

Périndopril arginine / amlodipine

10
10

30 حبة



Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Un comprimé contient 6,790 mg de périndopril correspondant à 10 mg de périndopril arginine et 13,870 mg d'amlodipine bésilate équivalent à 10 mg d'amlodipine.

Contient du lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations

Sur prescription médicale seulement.

Respecter les doses prescrites.

Lire la notice avant utilisation.

Fabricant : Servier (Ireland) Industries Ltd
Gorey Road - Arklow - Co. Wicklow - Ireland
Conditionnement : SERVIER MAROC

Site de production
Zone industrielle
Aéroport Nouasser

294,00

nekicesa

683.11240-003.N0572

2

246920030-03

كوفيرام

حبّات 10 ملغ / 10 ملغ

بيراندوبريل أرجنين / أملوديبين

COVERAM[®]

10 mg / 10 mg

comprimés

Périndopril arginine / amlodipine

10
10

30 حبة



Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Un comprimé contient 6,790 mg de périndopril correspondant à 10 mg de périndopril arginine et 13,870 mg d'amlodipine bésilate équivalent à 10 mg d'amlodipine.

Contient du lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations

Sur prescription médicale seulement.

Respecter les doses prescrites.

Lire la notice avant utilisation.

Fabricant : Servier (Ireland) Industries Ltd
Gorey Road – Arklow – Co. Wicklow – Ireland
Conditionnement : SERVIER MAROC

Site de production
Zone industrielle
Aéropole Nouasser

294,00

nekicesa

683.11240-003.N0572

2