

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.

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.

Maladie :

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 047130

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 559 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZAKRARI ALAMI
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0665405176 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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) :

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 en cas de prothèses 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										
	<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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction)	Date du devis											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	Fin de											

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM: <u>ZAHARAR ALAMI</u>	Mle <u>559</u>
DECLARATION N°	W15-050976	
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		



W15-050976

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mle <u>559</u>	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom	<u>M. ZAHARAR ALAMI</u>	
Fonction: <u>RETRAITE</u>	Phones: <u>0665405126</u>	
Mail		

MEDECIN	Prénom du patient	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>78</u>	
Nature de la maladie	Date <u>19.4.2</u>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <u>Cancer de la prostate + Anévrisme de l'aorte</u>		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>C</u>		<u>1474.50</u>

PHARMACIE	Date <u>20.02.2020</u>
Montant de la facture	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX	Date														
<table border="1"> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV						
Nombre				Montant détaillé des Honoraires											
AM	PC	IM	IV												

Dr. A. DAHEDDI
Cardiologue Interventionnel
Casablanca
GSM: 0665 54 35 05
PHARMACIE AL AZHAR
133, Bd. Taza Hay
Casablanca - Tél: 0522 215 956
INP: 052003896

CACHET

CACHET

Dr. Abdessamad Dahreddine

Spécialiste des Maladies du Cœur
et des Vaisseaux

Diplômé en Cardiologie Interventionnelle
à l'Université Paris XII

Ancien chef d'Unité de Cathétérisme
Cardiaque à l'Hôpital Avicenne de Rabat



عبد ظهر الدين

القلب و الشرايين

قسم قسطرة القلب

شرايين بجامعة باريس

قسم قسطرة القلب و الشرايين

شفى ابن سينا بالرباط

Lot n°:
EXP:
PPV: 157 DH 80

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



20.02.2020

Casablanca, le

Mr ZAKRARI El Alami

CERUVIN® 75 mg
Boîte de 28
comprimés pelliculés
Voie orale



Lot n°:
EXP:

160.00 x 3
1 CERUVIN CP 75MG

2 comprimés le matin, pendant 10 jours.
puis 1 comprimé le matin, pendant 3 mois.

35.70 x 3
2 KARDEGIC 160 mg pdre p sol buv : 30Sach

1 sachet à midi, après le repas, pendant 3 mois.

157.80 x 3
3 ROSUVAS CP 10MG

1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois.

69.00 x 6
4 PRAXILENE 200mg cp pellic : B/20

1 comprimé le matin, à midi et le soir, pendant 3 mois.

PHARMACIE AL AZHAR
DIOURI MOHAMMED
133, Bd. Taza Hay Mly. Abdellah
Casablanca - Tél: 0522 215 966
INP: 092003896

Dr. A. DAHREDDINE
Cardiologue Interventionnel
Casablanca
GSM: 0666 54 35 06

LOT : 19E007
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70

LOT : 19E007
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70

LOT : 191221
UT AV : 04/2022
PPV: 69,00DH

LOT : 191221
UT AV : 04/2022
PPV: 69,00DH

LOT : 191222
UT AV : 03/2022
PPV: 69,00DH

رواق عبد المومن 202، شارع عبد المومن، رقم 32 - الدار البيضاء

الهاتف: 06 66 54 35 06 - الفاكس: 05 22 25 64 55 - المستعجلات: 06 66 54 35 06

Galerie Abdelmoumen 202, Bd. Abdelmoumen, (Entre sol N° 32) - Casablanca - Tél.: 05 22 86 04 63

P : 06 88 16 06 51 - Fax : 05 22 25 64 55 - Urgence : 06 66 54 35 06 - E-mail : dahreddineabdessamad@gmail.com