

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-527066

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1547 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL HAZI Mustapha
 Date de naissance : 01.01.1955
 Adresse : 71. Bd Al Qods - Hay My Abdellah - CASABLANCA
 Tél. : 0668487747 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/02 / 2020
 Nom et prénom du malade : EL HAZI Mustapha 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 : Casablanca Le : 01/02/2020
 Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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 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
25/07/20	CS+EC	1	250,00	INP : Dr. HADRE MOHAMED FOUD CARDIOLOGUE 11 Bd Med V. Etage, Bureau N°16 BERRECHIO Tél: 05 22.32.83.03-05.22.32.83.53

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EZZAHRA BERRECHIO Dr. EL GUERMA Tél: 0522-32-83-53	20/08/20	649,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

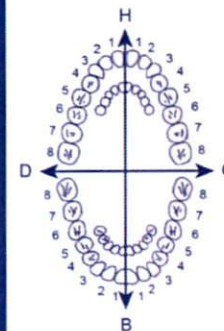
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

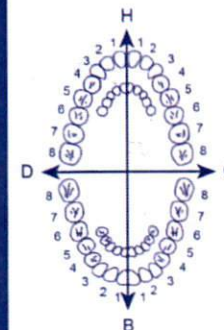
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(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

Dr. KHADRE MOHAMED FOUD

Cardiologue

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikur

Diplômé en Echocardiographie Doppl

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain sebaâ Casablanca

Aprovel 150 mg, cp b 28

P.P.V : 158,30 DH



Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain sebaâ Casablanca

Aprovel 150 mg, cp b 28

P.P.V : 158,30 DH



Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain sebaâ Casablanca

Aprovel 150 mg, cp b 28

P.P.V : 158,30 DH



Berrechid, le :

BERRECHID LE 25 Février 2020

Mr. EL GHAZI MUSTAPHA

1/ REGIME PAUVRE EN SEL

2/ APROVEL 150MG

1 Cp/J matin a jeun

3/ ASKARDIL 150MG

1Cp/J à midi après repas

4/ BELMAZOL 20MG

1 gel/J le soir

Traitement pendant : 3 Mois

Pharmacie EZZAHRA
BERRECHID
Dr. EL GUERMAI Nadia
Tél.: 0522 32 80 39

Dr. KHADRE MOHAMED FOUD
CARDIOLOGUE
11 - Bd Med V - Bureau N°10 BERRECHID
Tél.: 05.22.32.83.03 - 05.22.32.83.33

بلمزول[®]

أوميبرازول

20 ملغ

96,00

BELMAZOL[®] 20 mg

28 gélules



6 118000 070139

28 برشامة
عن طريق الفم

LOT :

EXP :

PPV :

ASKARDIL® 160 mg ○
30 comprimés dispersibles



LABORATOIRES
D'AFRIQUE DU NORD
21, RUE DES OUDAYA
CASABLANCA - MAROC



AMM N°: 215DMP/21

Conserver à une température
n'excedant pas 30° C à l'abri de
l'humidité
و يحفظ في درجة حرارة أقل من 30 درجة
ويحفظ عن الرطوبة

ASKARDIL® 160 mg ○
30 comprimés dispersibles



30
فراصم
معلق 160

إسكارديل®

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV' 23DH80
EXP 10/2021
LOT 98016 4

ASKARDIL® 160 mg ○
30 comprimés dispersibles



30
فراصم
معلق 160

إسكارديل®

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV' 23DH80
EXP 10/2021
LOT 98016 4

ASKARDIL® 160 mg ○
30 comprimés dispersibles



30
فراصم
معلق 160

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV' 23DH80
EXP 10/2021
LOT 98016 4