

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 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

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



Déclaration de Maladie

N° W19-508101

ED 28/08

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

01333

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MEGZARI ABDELHAKIM

Date de naissance :

16/04/1959

Adresse :

103, RUE AY ABDERRAZAK - APP 8

80100 - CASABLANCA

Télé. :

0661973497

Total des frais engagés : 6308,30 DHs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Praticien Anmed BENNIS
spécialiste des maladies cardiaques
98, Rue KADI IASS - MAARRIF

Date de consultation :

10/06/2010

Nom et prénom du malade :

MEGZARI ABDELHAKIM BENNIS

Age : 61 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Infarctus

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 02/06/2010

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-508101

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

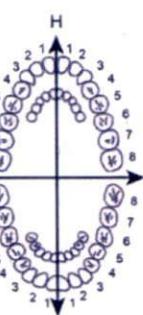
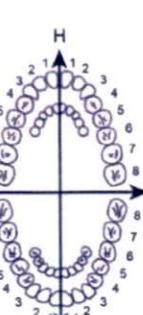
Matricule : 01333
Nom de l'adhérent(e) : MEGZARI
Total des frais engagés : 6308,30 DHs
Date de dépôt : 02/06/2010

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/01/2020	6308.30 (220)

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

— VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																	
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
					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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
G																	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												



Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le :

CASA , Le 10/04/2020

M. ABDELHAMID MEGZARI

862,0093
- 2586,00

SV

1) UPERIO 200 MG

1 le matin et le soir, pendant 3 mois

38,1013

2) CARDENSIEL 5 MG BT/ 30 CP

Prendre 1 comprimé le matin, pendant 3 mois

396,0043

3) INSPRA 50 MG

1 le matin, pendant 3 mois

144,5043

4) ESAC 20

1 le matin, avant le repas, pendant 3 mois

103,4042

5) TAHOR 20

1 le soir, au cours du repas, pendant 3 mois

563,1043

6) FORXIGA 10 MG

1 le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

30,70

7) KARDEGIC 75

1 à midi, au cours du repas, pendant 3 mois

630,8120 1700

Pharmacie MÉDICAL VERT
By MECANIC MEDICAL
Rabat GH3 N° 148 - Casablanca
Tél : 05 22 69 78 37

Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies cardiovasculaires
98, Rue KADI IASSI MAÂRIF
CASABLANCA
20 30



ESAC 20 mg
Promopharm

28 gélules PROMOPHARM S.A.



ESAC 20 mg

Promopharm

28 gélules PROMOPHARM S.A.



LOT 19.06.
PER 09/21.
P.P.V. 1140950

144,50

ESAC 20 mg

Promopharm

28 gélules PROMOPHARM S.A.



6118000241898

LOT 19.06.
PER 09/21.
P.P.V. 1140950

144,50

LOT 19.06.
PER 09/21.
P.P.V. 1140950

144,50

UNIVERSITÉ
DE TOULOUSE
CÉRÉMONIE
DU 05/06/1991