

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

ditions 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.

rmacie :

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.

ique :

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.

ntaire :

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

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- 0044352

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 319 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : REZKI JILALI

Date de naissance : 17 - 06 - 41

Adresse : 3 RUE 3 HAY CHEMS CASA

Tél. : 0522 368108

Tél. : 0670025111 Total des frais engagés : 918,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. A. EL KIFANI
CARDIOLOGUE
82, Rue Soumaya - Casablanca
Tél: 0522.98.72.37 / 0661.18.75.82
CE: 001748483000083

Date de consultation : 21 / 06 / 2020

Nom et prénom du malade : REZKI JILALI Age: 79

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

Nature de la maladie : ALPA paroxysm

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-044352

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 : 319

Nom de l'adhérent(e) : J. R.

Total des frais engagés : 918,10

Date de dépôt : 05 / 06 / 20

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
28/09/2010	Ce	1	300,00	

28/10/2020	CL		30/10	Dr. A. EL KAD CARDIOLOGUE 82, Rue Soumaya - Casablanca 0522-98.72.37 / 06-18.75.82 0044748482000083
------------	----	--	-------	---

PHARMA Dr. Samira M. Elmaghrabi 22001, El-Sayid El-Sayid El-Sayid Hay Salam - C.I.L. Tel: 0522.94 65 30-CASABLA 28/02/2020	618,10
---	--------

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan d

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION		
			FIN D'EXECUTION		

[illegible]

					Coefficient des travaux	
					Montants des soins	
					Début d'exécution	
					Fin d'exécution	

Coefficient des travaux

Montants des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

[illegible]

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

						FIN D'EXECUTION

--	--	--	--	--

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
B																
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
<input type="text"/>	DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
<input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
<input type="text"/>	<input type="text"/>															
<input type="text"/>	<input type="text"/>															

[illegible]



25533412 00000000	21433552 00000000
D	G
00000000 35533411	00000000 11433553

B

[Création, remont, adjonction]

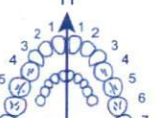
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

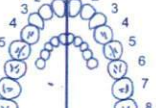
MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS


DATE DE
L'EXECUTION

	D	G	
	00000000 00000000 35533411	00000000 00000000 11433553	
	B		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			MONTANTS DES SOINS
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

	D	G	
	00000000 00000000 35533411 11433553		
	B		MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

	00000000 35533411	00000000 11433553
	B	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
D	MONTANTS DES SOINS	
	DATE DU DEVIS	
	DATE DE L'EXECUTION	

	B	MONTANTS DES SOINS	
	(Création, remont, adjonction)		
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
		DATE DU DEVIS	
		DATE DE L'EXECUTION	

	B	MONTANTS DES SOINS	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
D ← → G		DATE DU DEVIS	
B ↓		DATE DE L'EXECUTION	


[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES SOINS

DATE DU
DEVIS


DATE DE
L'EXECUTION



Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession


DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



B

DATE DE L'EXECUTION

[illegible]

VOLET ADHERENT

S38441

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

100

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

1. [Introduction](#)

Docteur Ahmed EL KIFANI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Limoges
Ancien Assistant des Hôpitaux de FRANCE
**SPECIALISTE DES MALADIES DU COEUR
ET DES VAISSEAUX**

82, Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmoumen
(Immeuble RENAULT) Casablanca

☎: 05 22 98 72 37 / 05 22 25 26 19

Sur Rendez-vous

Casablanca, le 28/02/2020 دار البيضاء في



Cardiesiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH



Cardiesiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH



Cardiesiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH



Cardiesiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH



Cardiesiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH



Cardiesiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH

LOT: 19152 PER: 11/2024
PPV: 100,70 DH

LOT: 19094 PER: 07/2024
PPV: 100,70 DH

M. ABZKI JILALI
54.10 x 6
Cardiesiel 2,5 mg

2 cp x 2 j / 03 mois

100.70 x 2
TAMBOCOR 100mg

1/2 cp x 2 j
30.70 x 3
Cardiopirine 100mg

2 cp
618.10

PHARMACIE MILAD
Dr. Samira MILAD
233, Bd. Sidi Abderrahmane
Hay Salam - G.L.L.
Tél: 05 22 98 72 37 / 06 61 12 12 13

Dr. A. EL KIFANI
CARDIOLOGUE
82, Rue Soumaya - Casab.
Tél: 0522.98.72.37 / 0661.12.13
ICE: 00474848307

Cardiopirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardiopirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardiopirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

