

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

Informations 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.

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.

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° P19- 067012

ND 29745

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2611 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEKKALI Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : #4313,80# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : GAHERABAH Nourma 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 : 22 / 06 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

NT

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 canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<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>D 00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H		G													
	25533412	21433552	00000000	00000000												
D 00000000	00000000	35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin d'exécution													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														



P 17/0058649

DATE DE DEPOT

20 / 08 / 2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2611	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom BEKKALI AHMED			
Fonction	Phones		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient M. CHARRABI NAIMA		Signature et cachet du Praticien
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 65 ans	Date	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
I Coronary dyslexem			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
C + 2	En	250018	
PHARMACIE	Date 20-6-20		
Montant de la facture	4063,80		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
			CACHET
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
			CACHET

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : CHARRAI MA MAE B K K A C


Présente J. Charraoui, Nour El Sloubi

Nécessitant un traitement d'une durée de : 6 ans

cardiopathie 2,5 - 1/2 coronar 1/2 DIVEAT 100/100
+ in quip

Dont ci-joint ordonnance : 7

(à défaut noter le traitement prescrit)


الدكتور أسوالى م.
Docteur SOUALY . M
Cardiologue
c/o Rte. d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane
mm. Commercial N°10 - 16r Etage H. Hassar
Casablanca - Tél : 0522 91 31 38

Docteur M. SOUALY

Cardiologue

Diplômée de la Faculté de Paris



الدكتورة م. اسوالي

اختصاصية في أمراض القلب

خريجة جامعة باريس

Echo - doppler Cardiaque - Holter TA - Holter Rythmique - ECG Effort

Casablanca, le

20 JUIN 2020

M → G HARRABI NAIMAE BEKKAC

56/10x3

- Cardiaque 2, 3 1/2

35.70x6

- Cardiaque 1/2 1/2

116.80x6

- Cardiaque 1/2 1/2

42.70x6

- Cardiaque 1/2 1/2

- Cardiaque 1/2 1/2

168.20

- Cardiaque 1/2 1/2

- Cardiaque 1/2 1/2

- Cardiaque 1/2 1/2

- Cardiaque 1/2 1/2

Sur Rendez-vous

Angle Bd Abdelhadi Boutaleb & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal B

N° 10, 1er Etage Hay Hassani - Casablanca - Tél. : 05 22 91 31 38

F 4063.80

70047852/00-1
/AMM 300/160MP/21/NRQ
6 118001 160341
INEGY® 10 mg/40 mg
Boîte de 28 comprimés.
PPV : 427,00 DH
Distribué par MSD Maroc

70047852/00-1
/AMM 300/160MP/21/NRQ
6 118001 160341
INEGY® 10 mg/40 mg
Boîte de 28 comprimés.
PPV : 427,00 DH
Distribué par MSD Maroc

70047852/00-1
/AMM 300/160MP/21/NRQ
6 118001 160341
INEGY® 10 mg/40 mg
Boîte de 28 comprimés.
PPV : 427,00 DH
Distribué par MSD Maroc

70047852/00-1
/AMM 300/160MP/21/NRQ
6 118001 160341
INEGY® 10 mg/40 mg
Boîte de 28 comprimés.
PPV : 427,00 DH
Distribué par MSD Maroc

70047852/00-1
/AMM 300/160MP/21/NRQ
6 118001 160341
INEGY® 10 mg/40 mg
Boîte de 28 comprimés.
PPV : 427,00 DH
Distribué par MSD Maroc

PPV: 168,20 DH
LOT: 619315
PER: 03/21

Maxi Rose
Distribué sous licence
par LAPROPHAN
21, rue des Oudaya
CASABLANCA - Maroc
580735
PPV:
60DH10

7862160238
6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH

7862160238
6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH

7862160238
6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH

LOT : 20E008
PER: 07 2021
6 118001 081189
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70

LOT : 20E012
PER: 10 2021
6 118001 081189
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70

LOT : 20E012
PER: 10 2021
6 118001 081189
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70

LOT : 20E012
PER: 10 2021
6 118001 081189
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70

LOT : 20E012
PER: 10 2021
6 118001 081189
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70

maphar
Zi Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH
6 118001 181636

maphar
Zi Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH
6 118001 181636

maphar
Zi Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH
6 118001 181636

maphar
Zi Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH
6 118001 181636

maphar
Zi Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH
6 118001 181636

maphar
Zi Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH
6 118001 181636

LOT : 20E010
PER: 09 2021
6 118001 081189
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70

LOT : 20E010
PER: 09 2021
6 118001 081189
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70

A ut.av :
PPC (DH):
65,00
04/21
55,00

Vita C1000®
PPV 27DH70
EXP 11/2022
LOT 990361

PPV: 14DH00
PER: 01/23
LOT: 0204

LOT 180758
2021/12
PPC : 89,50 DH

Nom: GHARRABI NAIMA

Date de naissance: 11/09/1954

Sexe: Féminin

Poids: -

Taille: -

Identifiant: 7150N°2

Médecin: CARDIO SOUALY M

Raison sociale:

Téléphone:

Temps d'enregistrement: 20/06/2020 10:27:40

1/1

25 mm/s
10 mm/mV

Arêt : Marche HR: 57 bpm

