

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.

diologie 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.

tique :

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 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- 0042661

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1765 Société : RAM. 39680

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SADDIQI Noureddine.

Date de naissance : 8.4.52.

Adresse : Res Al QANTARA, Atlas 1-2.

Av. Mehdi Ben Barka Marrakech.

Tél. : 0661378164 Total des frais engagés : 6094,2 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Ordonnance envoyée par WhatsApp.

Date de consultation : 14/05/20

Nom et prénom du malade : S. Age : 67

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

Nature de la maladie : MUPRAS RECEPTION

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MUPRAS RECEPTION

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 : Marrakech Le : 25/05/20

Signature de l'adhérent(e) : Tawalech

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<div> <div> <div>Ordonnance délivrée</div> <div>HARMACIE CARREFOUR</div> <div>Centre Commercial Almazar</div> <div>Marrakech</div> <div>Tél : 05 24 37 00 61</div> </div> </div>	25/05/20	6094,2

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>D</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div> <div>G</div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>B</div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT



611800103060 6

EXFORGE
10mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361,00 DH

Exforge® 10 mg/160 mg
28 comprimés pelliculés**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**
Liste I - Uniquement sur ordonnance.
احترم الجرعات الموصوفة
لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

611800103060 6

EXFORGE
10mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361,00 DH

Exforge® 10 mg/160 mg
28 comprimés pelliculés**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**
Liste I - Uniquement sur ordonnance.
احترم الجرعات الموصوفة
لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية**PROFESSEUR AH EL MAKHLOUF**

Cardiologie adulte et pédiatrique

Explorations Cardio-vasculaires

22 47 36 89

72 22 62 97

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban

28 cps

P.P.V. : 984,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090808

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban

28 cps

P.P.V. : 984,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090808

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban

28 cps

P.P.V. : 984,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090808



611800103060 6

EXFORGE
10mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361,00 DH

Exforge® 10 mg/160 mg
28 comprimés pelliculés**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**
Liste I - Uniquement sur ordonnance.
احترم الجرعات الموصوفة
لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية**Mr Nouredine SADDIQI**

1 - ZYLORIC 200 mg: 1 cp] TTT SANS ARRET

2 - EXFORGE 10 mg/ 160 mg
1 CP PAR JOUR SANS ARRET LE MATIN3 - KARDEGIC 75 mg :
1 SACHET PAR JOUR SANS ARRET4 - CRESTOR 10 mg
1 CP LE SOIR SANS ARRET5 - XARELTO 20 mg :
1 CP PAR JOUR SANS ARRET6 - CORADRONE :
1/2 CP PAR JOUR LUNDI ET VENDREDI SANS ARRET

7 - JANUMET 50/1000 : 1 cp x 2j SANS ARRET

TRAITEMENT DE TROIS MOISOrdonnance délivrée
PHARMACIE CARREFOUR
Centre Commercial Almazar
Marrakech
Tél : 05 24 37 00 61**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE****EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :****05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/33/34****OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83**

6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH



6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH



6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

Dr EL MAKHLOUF AH
Professeur Agrégé Cardiologie
3, Boulevard Abdou - Casa
Tél : 05 22 23 81 81 - 05 22 23 84 52