

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

armacie :

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.

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 canalaire, 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 canalaire.

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 caractére 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

AMP2

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. Ailes 1-2.

Av. Mohamed Ben Barka Marrakech.

Tél. 06 613 76164 Total des frais engagés : 6094,2. Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Ordonnance MUPRAS par Whals aff.

Date de consultation : 11/05/2011

Nom et prénom du malade : S

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : M. Abdellah souffre d'une 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 : 25/05/2011

Signature de l'adhérent(e) : J. Abdellah

Le : 25/05/2011

RELEVE 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
<p>Ordonnance délivrée PHARMACIE CARREFOUR Centre Commercial Almazra Marrakech Tél : 05 24 37 80 61</p>	25/05/2026	6094,2

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	H D B G	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



Exforge® 10 mg/160 mg
28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
Liste I - Uniquement sur ordonnance.
احترم الجرعات الموصوفة
لائحة - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Exforge® 10 mg/160 mg
28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
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

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

22 47 26 89
22 22 62 97

Casablanca, le 25.05.2020

Mr Noureddine SADDIQI

1 - ZYLORIC 200 mg: 1 cp/j ITT SANS ARRET

2 - EXFORGE 10 mg/ 160 mg
1 CP PAR JOUR SANS ARRET LE MATIN

3 - KARDEGIC 75 mg :
1 SACHET PAR JOUR SANS ARRET

4 - CRESTOR 10 mg
1 CP LE SOIR SANS ARRET

5 - XARELTO 20 mg :
1 CP PAR JOUR SANS ARRET

6 - CORADRONE :
1/2 CP PAR JOUR LUNDI ET VENDREDI SANS ARRET

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

TRAITEMENT DE TROIS MOIS

ordonnance délivrée
PHARMACIE CARREFOUR
Centre Commercial Almazar
Marrakech
Tél. : 05 24 37 00 63

**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 52/53/54

OU ENVOYER UN MESSAGE ÉCRIT AU : 06 61 13 14 83