

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A 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° W19-503333

AMP2 ND: 39707 M.H

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		RAM	
Matricule : 1165	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SADIA Noureddine			
Date de naissance : 8.4.52			
Adresse : RES. AL QANTARA ATLAS 1-2 AV. M'hamed Ben Barka - Marrakech.			
Tél. : 0661376164	Total des frais engagés : 8352,4.		Dhs

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :	Maladie longue durée ordonnance, envoyée par fax aff. MUPRAS	
Date de consultation :	10/02/2020	
Nom et prénom du malade :	Age :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<input type="checkbox"/> Enfant	
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 : 77arachech. Le : 24/02/2020
Signature de l'adhérent(e) :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Ordonnance PHARMACIE COMMERCIALE Centre Commercial Marratech Marrakech</i>	24/02/20	8352,4

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 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 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">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		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

31,30

31,30



Dr. El Makhlof

CASABLANCA

Tel : 0522 29 81 55 / 39 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

EL MAKHLOUF
et pédiatrique
cardio-vasculaires

Casablanca, le 24.02.2021

Mr Nouredine SADDIQI

1 - ZYLOPRIC 200 mg 1 spj TIT SANS ARRET



2 - ENFORGE 10 mg/ 100 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

27/02/26 - Sectral 200 / 6 bt
1 sp par jour 1858 3 mois.

Dr. EL MAKHLOUF
Professeur Dr. El Makhlof
S. Rm M. Abdou - Casablanca
Tél : 05 22 29 81 55 ou 05 22 23 84 52 53 54

TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE
EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRAD OASIS AU :
05 22 23 81 51 OU 05 22 23 84 52 53 54

OU ENVOIER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 11 14 81

6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUÉ 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

1SD MAROC P.P.V: 437,00 DH

6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUÉ 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

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

PER. 08/04/2021
LOT 8MA014-1

SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80

SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80

LOT 8MA014N
PER. 08/02/2021

O

SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80

O

LOT 8MA014N
PER. 08/02/2021

O

SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80

O

LOT 8MA014N
PER. 08/02/2021

O

SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80

O

6 118000 060154
P.P.V : 37DH80
SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80

LOT 8MA014N
PER. 08/02/2021

Scanné avec CamScanner



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



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

ZYLORIC 100 mg
 Boîte de 100 comprimés
 A.M.M. N° 63 DMP/21/NTT
 SOTHEMA BOUSKOURA - Maroc
 Sous licence des laboratoires ASPEN PHARMA TRADING LIMITED

aspfen

611800103060 6