

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Education :

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

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- 056654

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2010

Société : 43529

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUDALA WAHID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06 77 71 7564 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-056654

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHÉSES 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 canalaire, 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
	DROITE				
	GAUCHE				
	HAUT				
	BAS				
ODF Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
	DROITE	25533412 00000000	21433552 00000000	H	
	GAUCHE	35533411	11433553	G	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			
VOLET ADHERENT		NOM :			Mle Cachet MUPRAS
DECLARATION N°		W18-383030			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					



W18-383030

DATE DE DEPOT

17/09/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 2010

Nom & Prénom

BOUJDALA Nahid

Fonction

Retraitee

Phones

0677717064

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

WAHID

Adhérent Conjoint Enfant

Age 09-08-52

Date 17/09/20

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Crochus faillie + diabète

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

A + ECG

= 350,00

PHARMACIE

Date 17/09/2020

Montant de la facture

2761.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des

AM

Honoraires

PC

IM

IV

ACCUEIL
CACHET

12/09/2020

2007393
CACHET

ACCUEIL
CACHET

valable 3 mois

Le 17/09/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : Im. M. Appt. N°4 - AGADIR Avenue Moulay Abdellah Tel : 0522 84 52 51 Dr. Abdelmajid BELHAJ

Présente

Chordalopathy + diabète

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

17 SEP. 2020

Dr. Abdelmajid BELHAJ
CARDIOLOGIE
Avenue Moulay Abdellah
Im. M. Appt. N°4 - AGADIR
Tél : 0522 84 52 51

Docteur BELHAJ Abdelmajid

CARDIOLOGUE

Diplômé de l'Université de Liège
(Belgique)

الدكتور بال حاج عبد المجيد

خريج جامعة لیيج (بلجيكا)

اختصاصي في أمراض

القلب والشرايين

شارع مولاي عبد الله عمارة م - 1 - شقة رقم 4

فوق صيدلية بوهيدود - أكادير

هاتف العيادة والفاكس : 05 28 84 52 51

الهاتف المحمول : 06 61 14 58 36

SPÉCIALISTE DES MALADIES DU
COEUR ET DES VAISSEAUX

Avenue Moulay Abdellah

Immeuble M1 - Appartement N° 4

Au-dessus de pharmacie BOUHDOUD - Agadir

Tél./Fax : B. 05 28 84 52 51 Agadir

GSM : 06 61 14 58 36

PHARMACIE A
BERAL HOUTIYA
Avenue des FAR - AGADIR
Tél: 05 28 84 44 42

Agadir, le

17 SEP. 2020

أكادير في

Mr. Boudala Wahid.

bonne

100 x 3

18,50 x 3

33,60 x 3

34,60 x 4

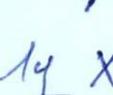
38,80 x 3

39,00 x 3

2761,80

1) Tigoxide = 100 

2) Cetekor long = 100 

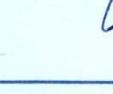
3) Coralan 7,5 = 14 x 2 

4) Altactone 50 = 100 

5) Ralithix 40 mg = 100 

6) Amanil 4 g = 100 

7) Kadioti 100 = 100 

8) Radigil = 100 

الرجاء اصطحاب هذه الوصفة الطبية في الزيارة المقبلة

Prière de rapporter cette ordonnance lors de la prochaine consultation

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Amarel 4 mg. cp b30
P.P.V : 68,80 DH
6 118001 081325

6 118001 040117
DIGOXINE 0,25 mg
(Digoxine),
30 comprimés
BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Amarel 4 mg. cp b30
P.P.V : 68,80 DH
6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Amarel 4 mg. cp b30
P.P.V : 68,80 DH
6 118001 081325

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468
PER.:12/2023

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468
PER.:01/2024

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468
PER.:12/2023

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468
PER.:12/2023

MXGS0057
6 118001 130061
CORALAN 7,5 mg
Boîte de 56 comprimés
PPV:475DH00

MXGS0057
6 118001 130061
CORALAN 7,5 mg
Boîte de 56 comprimés
PPV:475DH00

MXGS0057
6 118001 130061
CORALAN 7,5 mg
Boîte de 56 comprimés
PPV:475DH00

LOT : 20E016
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

LOT : 20E014
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

6 118001 040117
DIGOXINE 0,25 mg
(Digoxine),
30 comprimés
BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

6 118001 040117
DIGOXINE 0,25 mg
(Digoxine),
30 comprimés
BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

6 118001 040117
DIGOXINE 0,25 mg
(Digoxine),
30 comprimés
BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

6 118001 040117
DIGOXINE 0,25 mg
(Digoxine),
30 comprimés
BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

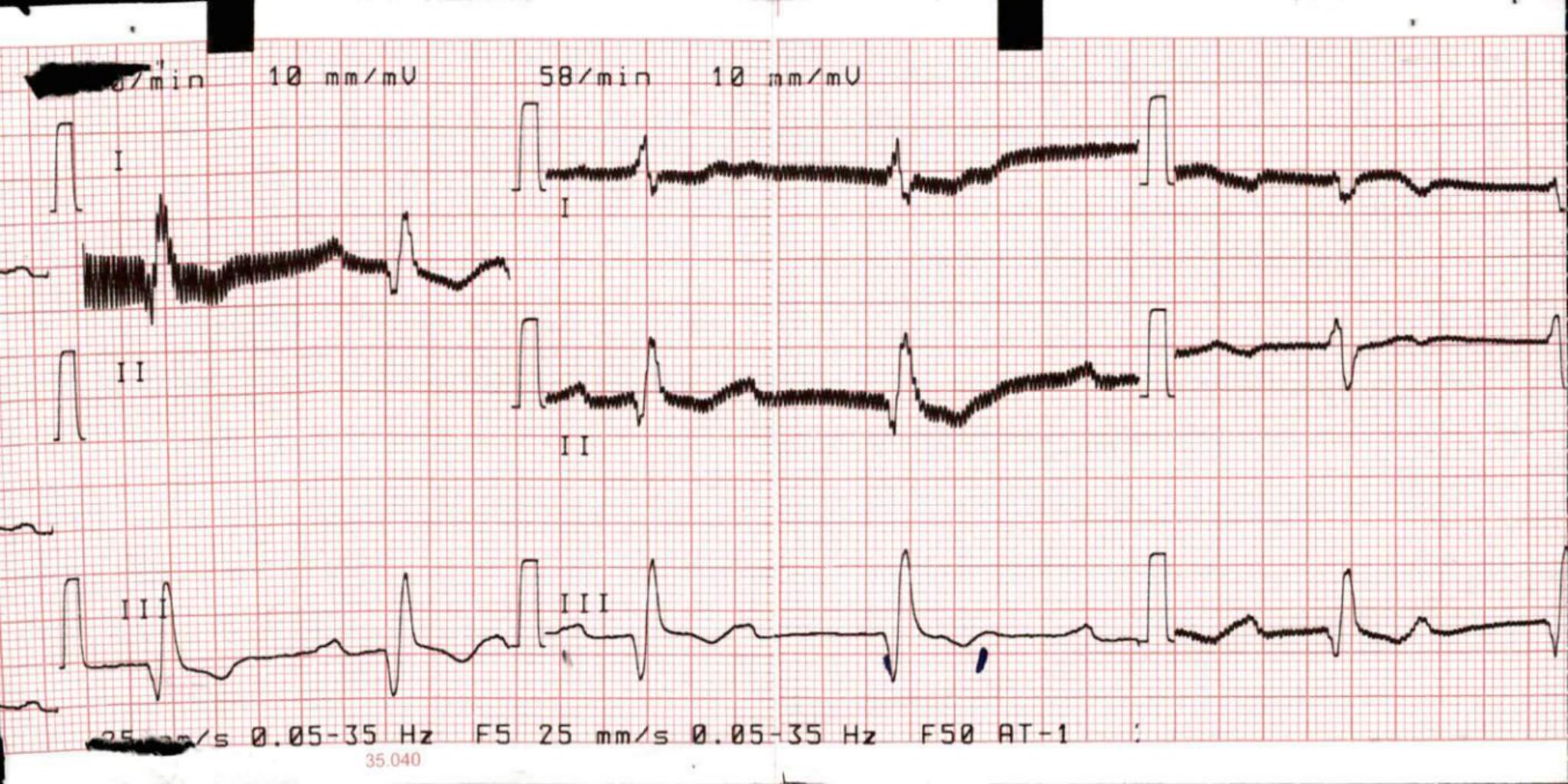
6 118001 040117
DIGOXINE 0,25 mg
(Digoxine),
30 comprimés
BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

6 118001 040117
DIGOXINE 0,25 mg
(Digoxine),
30 comprimés
BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

6 118001 040117
DIGOXINE 0,25 mg
(Digoxine),
30 comprimés
BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

6 118001 040117
DIGOXINE 0,25 mg
(Digoxine),
30 comprimés
BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

ALDACTONE 50® mg
spironolactone
الألدكتون 50
6 118001 130061



45/m

aUR

65/min 10 mm/mV

U4

aVL

U5

aVF

U6

25 m

25 mm/s 0.05-35 Hz F50 AT-1 2.05

35.040