

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.

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.

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.

Prothèse :

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- 0044191

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 28909 Société : 49364

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAJIB Mohamed

Date de naissance : 21/10/1956

Adresse : 27 passage 06 Hay Hassan

26100 BERRERCHIO

Tél. : 26608873 18 Total des frais engagés : 0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/11/2020

Nom et prénom du malade : NAJIB MOHAMED Age : 64 ans

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) : [Signature]

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
27/11/80	ECG		2500H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALAFIA 13.5 Rue Ibn Abou Madi - BERRICHIO - Tel: 0522 99 04 01	27/11/80	1068,80

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
		A M	P C	I M	I V	

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 de

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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
			MONTANTS DES SOINS															
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mourad FILALLI LEMDERSI

Spécialiste en Cardiologie et Maladies Vasculaires

- Diplôme d'étude spécialisée en Cardiologie de la faculté de Médecine de NANCY
- Diplôme d'échocardiographie de la faculté de Médecine de NANCY
- Diplôme de Cardiologie du Sport de la faculté de Médecine de PARIS
- Rythmologie
- Ancien praticien des Hôpitaux de France



د. مراد الفيالي لمدري

إختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

- دبلوم التخصص في أمراض القلب بكلية الطب بنغازي
- دبلوم في الفحص بالصدى بكلية الطب بنغازي
- دبلوم في أمراض القلب الرياضية بكلية الطب بباريس
- أمراض إيقاع القلب
- طبيب سابقاً بمستشفيات فرنسا

Berrechid le :

27/11/2020

Mme/Mr :

MAJIB MOHAMMED

264, w x 3

LOREUX

0/6



1 'm' x 25

dent

20, w x 7

tau

gem.

Sondre



0.2 - 3/4

ser (mug)



Pharmacie ALAFAD

1.3.5 Rue Ila Abu Madi

- BERRECHID

Tel.: 0522 33 64 01

m p

Tau m

Angle Bd Mohamed V et Rue Yacoub El Mansour - Rés Haj Ahmed Berrechid

Entrée B - 1er Etage - N° 1 - Brrechid - Tél : 05 22 51 76 61

E-mail : filali.cardiologie@gmail.com - GSM Urgence : 06 84 84 15 84

DRAY/ACNS 200



69 x 4

50,70 + 54,10



Tru
mu

110 - 0

14,10 x 4



by

1 y + 3 j

8' fiek.

1068,80

Docteur ~~Moïse~~ EL ALI LEINDERSI
Angle Av. Coudré / 0910
El Mansour - Rue de la Vierge
Entree à l'Est - 10000
Tel: 05 26 51 11 11 - 11 11 11 11

 Pharmacie ALAFAD
1.3.5 Rue Ila Al Mad
- DERRECHID
Tel: 05 22 66 64 01

LOVENOX

6000 UI (60 mg)/0,6

énoxaparine sodique/enoxaparin sodium

Sarofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 6000ulantixa inj b2
P.P.V : 164,00 DH



5 118001 080456

6000 UI (60 mg)/0,6

ne sodique/enoxaparin sodium

Sarofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

énox 6000ulantixa inj b2
P.P.V : 164,00 DH



5 118001 080456

LOVENOX

6000 UI (60 mg)/0,6

énoxaparine sodique/enoxaparin sodium

Sarofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 6000ulantixa inj b2
P.P.V : 164,00 DH



5 118001 080456

PPV :
Exp :
N° Lot :

2000

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

PPV :
Exp :

2000

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

PPV :
Exp :
N° Lot :

2000

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

LOT : 200581
UT AV : 10/2022
PPV : 69,00DH

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

LOT : 200581
UT AV : 10/2022
PPV : 69,00DH

LOT : 200416
UT AV : 10/2022
PPV : 69,00DH

LOT : 200581
UT AV : 10/2022
PPV : 69,00DH



6 118001 100859

Car
Comprimé
CARDENSIEL 2,5mg B30
PPV : 50,70 DH

PPV: 14DH00
PER: 09/23
LOT: J2029

PPV: 14DH00
PER: 09/23
LOT: J2028

PPV: 14DH00
PER: 06/23
LOT: J1923

PPV: 14DH00
PER: 06/23
LOT: J1940



Pharmacie ALAFAD
Abou Madi
HID -
Tel: 0222 33 64 01



Pharmacie ALAFAD
1,3,5 km Abou Madi
- BENI ECHID -
Tel: 0222 33 64 01