

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.

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.

ntaire :

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° P19-0013412

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3110 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ZAID LARBI Date de naissance : 01/01/45

Adresse : 91 My. EL METIDI BP440 MONTE ARRABIT (NADOR)

Tél. : 06 61 15 58 08 Total des frais engagés : 3141,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Nacer CHRAIBI
Cardiologue
34, rue Charam Achaykh
CASABLANCA - Tél. : 022.98.12.52

Date de consultation : 09/10/2019

Nom et prénom du malade : ZAID Larbi Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : CASABLANCA Le : 10/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
09.10.19		C3+8 CG	250	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE FRANCE VILLE 400, Bd Hassan II 10000 Casablanca Tel: 05 22 23 04 21	19/10/19	2 891.80 DH

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	

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

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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS												
	<p>*</p>			DATE DU DEVIS												
	<p>*</p>			DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Professeur Nacer CHRAIBI

الدكتور ناصر الشريبي

Maladies du Cœur et des Vaisseaux

أمراض القلب والشرايين

Ex Chef du Service de Cardiologie

au CHU Ibn Rochd de Casablanca

Résidence Espace Palmier

34 Rue Charam Achaykh

Casablanca

رئيس قسم أمراض القلب سابقا

بالمركز الجامعي ابن رشد

إقامة فضاء التخييل

زنقة شرم الشيخ 34

الدار البيضاء

Téléphone : 0522.98.12.52 الهاتف :

Télécopie : 0522.99.19.43 الفاكس :

Sur Rendez-vous

INP 091043026

ICE : 001714601000090

ORDONNANCE

Casablanca le 09.10.19.

Dr Faïd Laâbi

6 euros -

296.00 X 7 Exforge 5/80 mg 2072.00

49.40 X 7 Ac Nistin 345.80

Amep 5 mg 1c 700

157,80 X 3 Rosuras 10 mg 473.40

1cl 18' fin 2 -

2891.80

PHARMACIE FRANCE VILLE
RUE DE LA FRANCE VILLE 20
33000 LILLE

2891.80

Dr Nacer CHRAIBI

Cardiologue

34, rue Charam Achaykh
CASABLANCA - Tél. 0522.98.12.52

Amlodipine/Valsartan

~~EXFORGE~~®

5 mg/80 mg

~~EXFORGE~~®

Amlodipine/Valsartan

إكسفورج
80/5 مغ

أملوديبين/فالسارتان

28 comprimés pelliculés

Voie orale

28 قرصا مغلفا

عن طريق الفم

NOVARTIS

PPV : 296.00 DH

28 comprimés pelliculés

5mg/80mg

EXFORGE

611800103058 3



611800103058 3

EXFORGE

5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 296.00 DH



611800103058 3

EXFORGE

5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 296.00 DH



611800103058 3

EXFORGE

5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 296.00 DH



611800103058 3

EXFORGE

5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 296.00 DH



611800103058 3

EXFORGE

5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 296.00 DH



611800103058 3

EXFORGE

5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 296.00 DH

49,00

28 x 0

10

6 "118000" 081524

AMEP® 5mg



卷之三

49,00

28 x 0

5

၁၁၁

6 "118000" 081524

AMEP® 5mg

28 comprimés



卷八

49,00

8

101



AMEP® 5mg

28 comprimés



6 "118000"081524

9,00

28 x  فرصة



60000081524

49,00

38

101



AMEP® 5mg

28 comprimés



6 "118000"081524

49,00

28 x 0

10

6 "118000" 081524

6 "118000" 081524

AMER[®] 5mg

28 comprimidos

28 comprimés



9,00

28 x 0
فرصا



60000081524

ROSUVAS[®]SUN



Rosuvastatine

30 Comprimés pelliculés
10 mg

Voie orale

SUN
HARMA

Lot n°:

EXP:

PPV:

157 DH 80

ROSUVAS[®]SUN



Rosuvastatine

30 Comprimés pelliculés
10 mg

Voie orale

SUN
HARMA

Lot n°:

EXP:

PPV:

157 DH 80

ROSUVAS[®]SUN



Rosuvastatine

30 Comprimés pelliculés
10 mg

Voie orale

SUN
HARMA

Lot n°:

EXP:

PPV:

157 DH 80

