

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.

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.

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° P19- 0002477

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1178 Société : F.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LEPINDI Richard Date de naissance : 01-08-68

Adresse : EL JADIDA.

Tél. 0561 41 39 30 Total des frais engagés : 1357,90

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03 / 10 / 2019

Nom et prénom du malade : Leprindi Med Age: 49 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hyperkémisme artériel

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 : EL TAJIDIA / Le : 03 / 10 / 2010

Signature de l'adhérent(e) :

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
21/10/19	ECG	200,00 DH		INF: 111164091 Dr. Houda El Jazoua

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

03/10/19

167,20

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



الدكتورة هدى قادر اليطفتي

Dr. Houda KADER YETTEFTI

أخصائية في أمراض القلب والشرابيين

CARDIOLOGUE



INP: 111164091

El Jadida, Le

الجديدة، في

Alfandi Med (الحلأسم)

03.01.2018

98,00 x3 Tansilone LP 1415

54,10 x3 Condensiel 2,5 1415

19,2 x3 Triake 1415

99,00 x17 LD - NOR 20 1415

23,8 x12 Askendie 160 1415

164,20

0607 71 62 36

0523 37 29 21

24000 الجديدة 18 - شارع محمد الخامس، إقامة راضية مقابل بنك المغرب الطابق الثالث، رقم

ICE: 001606329000048 - INP: 111164091 - Patente: 42116018 - IF: 63960017- CNSS: 8376627

LOT : 8MA014
PER : 05 2021
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V : 98DH00
6 118000 062257

LOT : 8MA008
PER : 05 2020
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V : 98DH00
6 118000 062257

LOT : 9MA016
PER : 08 2021
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V : 98DH00
6 118000 062257

LOT : 191266
UT AV : 07/2022
PPV : 99,00DH
: N LOT

LOT : 190220
UT AV : 03/2022
PPV : 99,00DH
: N LOT

UT AV : 07/2022
PPV : 99,00DH
: N LOT

PPV 23DH80
EXP 07/2021
LOT 16005 2

PPV 23DH80
EXP 05/2021
LOT 80062 3

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH
7862160238

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH
7862160238

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH
7862160238

122,10

122,10

122,10

GEMS IT MAC1200 ST

DR KADER YETTEFTI

FC 75/min

R.S.R. = 75 b/min
(Atrios sequential D₁ D₂ QLF / un V₁ V₃)

600 130 80
03 OCT 2019
Dr. Kader Yettefti
Res. Med. Card.
Tel. 021 23 37 29 21
Epid. 17 62 18 51 1001

hefendi Ned

130/80 mmHg

II

III

AUR

AUL

AUF

U1

U2

U3

U4

U5

U6

