

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.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 : RAM

 Actif **Pensionné(e)** **Autre**

Nom & Prénom : LAFFINDI, Idrissa Date de naissance : 01-08-48

Adresse : EL JADIDA

Tél : 066.146.39.38

Total des frais engagés : 1367,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/10/2019

Nom et prénom du malade : LAFFINDI, Idrissa Age : 1948

Lien de parenté :

 Lui-même **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie : Hypertension artérielle congénitale hypertension artérielle congénitale

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 JADIDA

Le : 03/10/2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 31/01/99 | CD) ECG) | 200,00 DH | | FNR. 111164091 Dr. Houda M. 2000-01-31 11:11:11 Signature Dr. Houda M. 2000-01-31 11:11:11 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|---|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 03/02/14 |  MG 72 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| ANALYSES - RADIographies | | | |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | - |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | 25533412 00000000 35533411 | 21433552 00000000 11433553 | H D G B | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |

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 والشرايين

CARDIOLOGUE



INP : 111164091

الجديدة، في El Jadida, Le

03/01/2019

Lefundi Med (الجديدة)

58,00 د.د Tansilurine LP



54,10 د.د Cendanjal 2,5

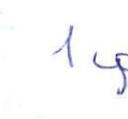


Trualec



66,00 د.د

LD - NDA 20



23,8 د.د Asikordie 160



0607 71 62 36 0 0523 37 29 21 0

شارع محمد الخامس، إقامة راضية (مقابل بنت المغرب) الطابق الثالث، رقم 18 - الجديدة 24000
ICE: 001606329000048 - INP: 111164091 - Patente: 42116018 - IF: 63960017-CNSS: 8376627

PER : 05/2021

TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30

P.P.V : 98DH00



6 118000 062257

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

PPV 23DH80
EXP 07/2021
LOT 86005 2

PER : 05/2020

TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30

P.P.V : 98DH00



6 118000 062257

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

PPV 23DH80
EXP 05/2021
LOT 8D062 3

PER : 08/2021

TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30

P.P.V : 98DH00



6 118000 062257

UT AV : 07/2022
PPV: 99,00DH
LOT N° :



Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH

7862160238

7862160238



Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH

7862160238



Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH

7862160238

122,10

122,10

122,10

GEMS IT MAC1200 ST.

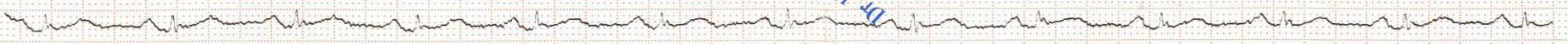
DR KADER YETTEFTI

FC 75/min

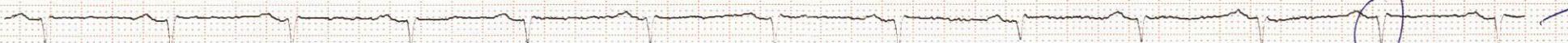
R.S.R. : 75 b/min
(Atrial sequellae DII DIII QTF / V1 V2 V3) hefrindi Ned

130/b weekly

II



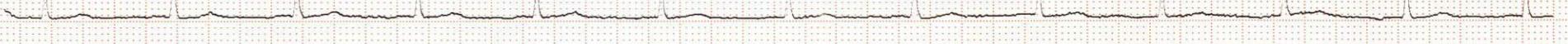
III



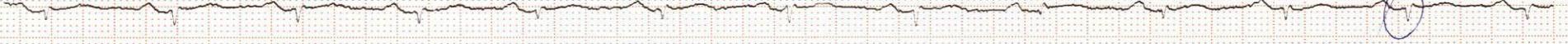
AUR



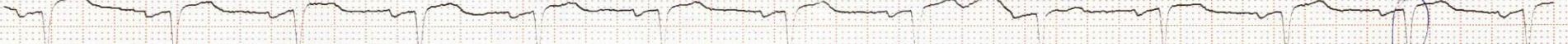
AUL



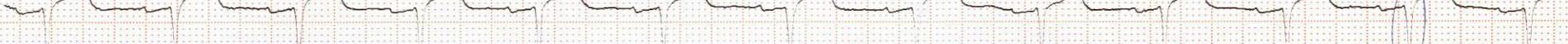
AUF



U1



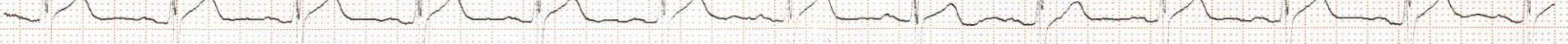
U2



U3



U4



U5



U6

