

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.

Diagnostique 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.

Rééducation :

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 canaux, 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 canaux.

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



MUPRAS
RECEPTION 9

Déclaration de Maladie : N° P19-0010053

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1369 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : RIMADUI RAHAL Date de naissance :
Adresse : LOT EL OUARA 895 DEROUA
Tél. : / / Total des frais engagés : 470,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12 / 02 / 2020
Nom et prénom du malade : Rimadui Zahra Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA, diabète

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Dans le cas où le malade 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 : DEROUA Le : 17 / 02 / 2020
Signature de l'adhérent (e) :

MUPRAS
ACCUEIL

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
17/01/2020	CS	1	120,00	

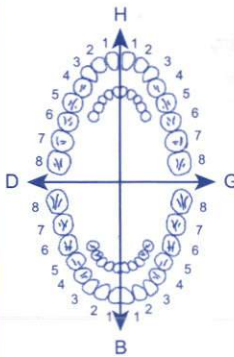
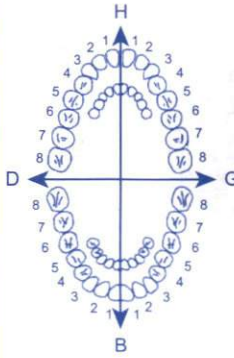
[illegible][illegible][illegible]

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 l'																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCOEFFICIENT 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 CCOEFFICIENT 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			CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

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 canalaire, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <hr/> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>D</p> <p>G</p> </div> </div>			Coefficient des Travaux
	<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

Dr. Narjiss AMEUR

Ex.médecin interne au C.H.U

Ibnou Rochd - Casa

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

Médecine Générale

Diplôme en échographie générale

E.C.G

Date : 14/02/2020

Nom : Pimouza Zahra

68,10x3



Ad Tenoretic 50/12,5

Ad Tylenol 325mg

31,30x3



Ad Zyloric 200mg

58,00

Ad Voltaren 100mg



350,80

Ad Tylenol 325mg

Prochain rendez vous :

الموعد المقبل :

540, تجزئة الوفاء الدروة (قرب مسجد الوفاء)

540, Lot Wafaa - Deroua - Tél.: 05 22 53 27 53

الدكتورة نرجس عامر

طبيبة داخلية سابقا

بالمركز الإستشفائي ابن رشد البيضاء

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

الطب العام

دبلوم في الفحص بالصدى

تخطيط القلب

صيدلية الأبو وليد
PHARMACIE AL ABUWAIN
800 H Lot Wafaa - Deroua
Tél.: 05 22 51 40 49

DR AMEUR NARJISS
MÉDECIN GÉNÉRALISTE
540, LOT EL WAFAA - DEROUA
Tél.: 05 22 53 27 53

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg
b30cp mv
P.P.V : 68,10 DH

6 118001 182350

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg
b30cp mv
P.P.V : 68,10 DH

6 118001 182350

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg
b30cp mv
P.P.V : 68,10 DH

6 118001 182350

ZYLORIC 200 mg

Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 62 DMP/21/NTT Remboursable AMO
SOTHEMA BOUSKOURA



6 118000 022244

LOT 192273
EXP 10 2023
PPV 31.30



LOT: M19037
EXP: FEB 2022
PPV: 52.00 DH



Voltarène® 100 mg
10 suppositoires



6 118000 220169

LOT 191666
EXP 07 2023
PPV 31.30



ZYLORIC 200 mg

Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 62 DMP/21/NTT Remboursable AMO
SOTHEMA BOUSKOURA



6 118000 022244

LOT 191666
EXP 07 2023
PPV 31.30



ZYLORIC 200 mg

Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 62 DMP/21/NTT Remboursable AMO
SOTHEMA BOUSKOURA



6 118000 022244