

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.

Educations :

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.

Prothèses :

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 - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 068025

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1352 Société : 23959
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Sayanti Dria
Date de naissance : 1948
Adresse : 187 Oulfa Rue 29 - Casa
0675277335
Tél. 0522334151 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/02/2020

Nom et prénom du malade : SAYANTI DRIA

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 fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la cause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 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
29/02/2020	✓		210	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

1.3.20

81870

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 :

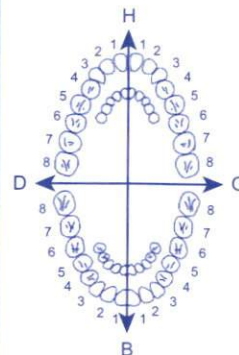
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412
00000000

21433552
00000000

D

00000000
35533411

G

00000000
11433553

B

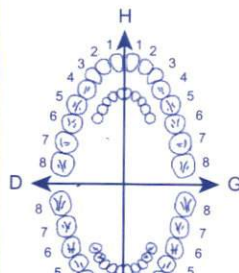
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS



Dr. Khalid TOUABI
CHIRURGIEN UROLOGUE

Maladie du Rein et de l'Appareil Urinaire
Maladie Sexuellement Transmissibles
Stérilité Masculine - Impuissance Sexuelle
Lithotriptie extra-corporelle
Membre de l'Association Française d'Urologie
Diplômé de l'université de Nice
Sophia-Antipolis (France)

الدكتور خالد توابي

اختصاصي في امراض الكلية
والمسالك البولية - العقم الجنسي
الامراض التناسلية - تفتيت الحصى
عضو الجمعية الفرنسية
لأمراض الكلية والمسالك البولية
خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)



Casablanca, Le:

01/03/2020

SAYOUH Dria

16320X3

11/03/2020

3 mm

10/03/2020

10970X3



10/03/2020

3 mm

10/03/2020

8187

[Signature]

11. زنقة الامير مولاي عبد الله (فوق ايشروشي). الدار البيضاء

11, Rue Prince My Abdelleah (au dessus de Yves Rocher) - Casablanca
Tél.: 0522.27.22.41 / 0522.27.19.30 - الهاتف : Email : urotk@yahoo.fr البريد الإلكتروني :

CONTIFLO® 

PPV: 109DH70

30 gélules
à libération prolongée
Voie orale
0.4 mg



CONTIFLO® 

PPV: 109DH70

30 gélules
à libération prolongée
Voie orale
0.4 mg



CONTIFLO® 

PPV: 109DH70

30 gélules
à libération prolongée
Voie orale
0.4 mg



30 كبسولات لينة

عن طريق الفم

0,5 mg

دوستا[®] روتاستيريد

DUSTA[®] 0,5 mg

Dutasteride

30 capsules molles

PROMOPHARM S.A



N° de LOT.: LF13330B
Date d'EXP: 09/2020
PPV : 163 Dhs 20



30 كبسولات لينة

عن طريق الفم

0,5 mg

دوستا[®] روتاستيريد

DUSTA[®] 0,5 mg

Dutasteride

30 capsules molles

PROMOPHARM S.A



N° de LOT.: LF13330B
Date d'EXP: 09/2020
PPV : 163 Dhs 20



30 كبسولات لينة

عن طريق الفم

0,5 mg

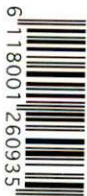
دوستا[®] روتاستيريد

DUSTA[®] 0,5 mg

Dutasteride

30 capsules molles

PROMOPHARM S.A



N° de LOT.: LF13330B
Date d'EXP: 09/2020
PPV : 163 Dhs 20

