

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Prothèse :

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.

PRAS : 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- 0045125

MLD

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3227

Société : Retraite RAN

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : IMANE HAMID

Date de naissance : 11.11.1953

Adresse : MAY MLY RACHID G6 - Rue 10 - N° 34

Tél. : 06 54 77 65 68

Total des frais engagés : 1151,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/06/2020

Nom et prénom du malade : LACHTABE

Age : 66

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

Fait à : CASABLANCA

Le : 03/06/2020

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
03/06/20	C	2	6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture



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

A M

P C

I M

I V

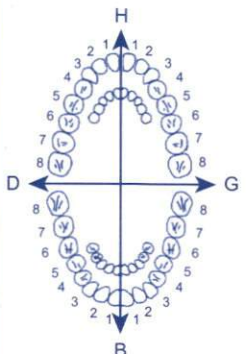
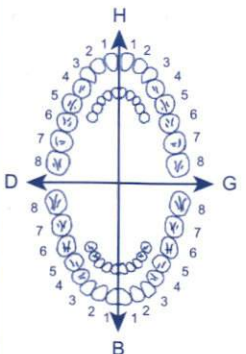
Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

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"> <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

مركز تصفية الدم وأمراض الكلى الرازي
Centre de Néphrologie et D'hémodialyse Arrazi

Dr. KANBOUCHI Farida

Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse
Diplômée de la faculté de Médecine de Casablanca
Ancienne Interne du CHU de (Toulouse)



ذ. الكنجوشي فريدة

اختصاصية في أمراض الكلى - تصفية الدم
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة سابقا بمستشفى الجامعي (تولوز)

Casablanca, Le : 3 26 20 في : الدار البيضاء

M^m LACHABBI NAÏMA

2x35/20

1) KARDEGIC 160mg (1'S) (02 boites) 1x1/2

2x106/20

2) CRESTOR 5mg (1'S) (02 boites) 1x1/2

2x150/10

3) VASTAREL 35mg (1'S) (02 boites) 1x1/2

3x34/60

4) LASILIX 40mg (1'S) (03 boites) 1x1/2

5x100

5) TUNGAIL 500mg (1'S) (02 boites) 1x1/2

3x400

6) OSMOSINE 150mg (1'S) (02 boites) 1x1/2

1x20

7) CALCI-MIB 10mg (1'S) (02 boites) 1x1/2

Dr. KANBOUCHI Farida
Néphrologie - Hémodialyse
1, rue Louis Pasteur, Oujda Ibnou Nafii
Boite N°48 Sid Moumen - Casablanca
Tél : 0522 74 64 73 Fax : 0522 74 64 79

PPV
34DH00

OSMOSINE®

Hydroxyde de magnésium
Flacon de 250 ml



6 118000 210054

VASTAREL® 35 mg

Dichlorhydrate de triméthadine
60 Comprimés pelliculés



6 118000 100218

VASTAREL® 35 mg

Dichlorhydrate de triméthadine
60 Comprimés pelliculés



6 118000 100218

CALCINIB 10mg 28 comprimés



6 118000 050520

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 196,20 DH



6 118001 183104

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 196,20 DH



6 118001 183104

CALCIFIX D₃
30 comprimés

Remboursable AMO



6 118000 021407

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

Tangani® 500 mg
تاڭانيل 500 ملغ
30 comprimés - 30 قرص

VTE: MA - PPV : 51DH00



728860

150,40

150,40

42,20

PPV : 40DH40

PPV : 40DH40

EXOCIME® 0.3%
Collyre en solution, flacon de 5 ml



118001 251216

EXOCIME® 0.3%
Collyre en solution, flacon de 5 ml



118001 251216

6 118001 183340