

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.

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 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.

N° W19-424981

W19-28685

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7402	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	LATIFINE SAIDI
Nom & Prénom : LATIFINE SAIDI			
Date de naissance : 01/01/1959			
Adresse : Ceté offcanaia jamaia 4 Rue 84 N° 39			
Tél. : 0661915342	Total des frais engagés :	3450,4 Dhs	

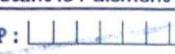
Cadre réservé au Médecin			
<p>Cachet du médecin : MUF 15 JUIN 2020</p> <p>Date de consultation : 15 JUIN 2020</p> <p>Nom et prénom du malade : ALLAL BEN ABDELLAH HOSNI Nagla</p> <p>Age: 65</p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : Rafelhi</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p>			

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.

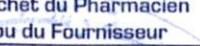
Le : 01/01/2020

Présent(e) : Signature

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
10/01/2019	G	91	15.	INP : [REDACTED] 

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	5/10/2020	2300,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></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>B</td><td></td></tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Dr Mostafa TACHFINE

Diplôme Universitaire en Diabetologie

Université de Bordeaux France

Diplôme universitaire d'Echographie

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

الدكتور مصطفى تاشفين

حاصل على دبلوم لدا. السكري

جامعة بوردو بفرنسا

حاصل على دبلوم في الفحص بالصدفي

طبيب محلف لدى المحاكم



ORDONNANCE

Casablanca, le :

2020

الدار البيضا، رقم:

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

٢٠٢٠

(390,00 + 3)

(30,70 + 3)

(69,90 + 4)

(57,80 + 3)

39,80

140,00

43,50

94,00

268,00

9

Hosni Nafal
T-GALVUS D

170-1
S.V.

OP211d 27
S.V.

L.D. NOR70
S.V.

LARoxyl ab
S.V.

OEDES 20
S.V.

glaz
S.V.

Tycostere solut
S.V.

9400 Act
S.V.

171-1-1
S.V.

ACOX 19 95
S.V.

شارع ابراهيم الحارثي، قرية الجماعة - الدار البيضاء

361, Bd Driss Elharti, CJ - Casablanca - Tél.: 05 22 38 69 87

PER : 01
06/06/2021

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

LOT : 20E009
PER : 07/2021

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

LOT : 20E009
PER : 07/2021

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Odrirk 2mg gelule b28 mv
P.P.V : 69,90 DH



6 118001 181933

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Odrirk 2mg gelule b28 mv
P.P.V : 69,90 DH



6 118001 181933

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Odrirk 2mg gelule b28 mv
P.P.V : 69,90 DH



6 118001 181933

Arcoxia 90 mg
14 comprimés
P.P.V : 268,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 453/16DMP/21/INTO
10042493/
120916-1
3841



6 118001 160051

PPV: 39DH80
PER: 03/23
LOT: J99

Laroxyl® 40 mg/ml
Amitriptyline
Gouttes buvables 20 ml
6 118001 040407



OEDES 20mg
56 gélules
6 118000 082026

LOT : 191594
PER : 04-2022
PPV : 140,00 DH



94,00

Batch / Exp / PPV 94 dhs 00

LOT : 200177
UT AV: 01/2023
PPV: 57,80 DH

UT.AV.:

LOT N°:

PPV(DH):

LOT : 200129
UT AV: 01/2023
PPV: 57,80 DH

UT.AV.:

LOT N°:

PPV(DH):

LOT : 200177
UT AV: 01/2023
PPV: 57,80 DH

UT.AV.:

LOT N°:

PPV(DH):



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg ○

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV : 390.00 DH



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg ○

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV : 390.00 DH



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg ○

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV : 390.00 DH