

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.

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

Reclamation : contact@mupras.com
Pre 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.

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



ND: 33 681

Déclaration de Maladie : N° P19- 0006554

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07005 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : FAHER Jamil Date de naissance :
Adresse : Habiline
Tél. : 0522 912376 Total des frais engagés : Dhs

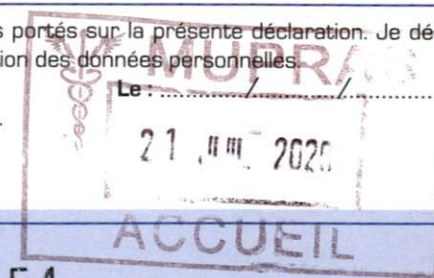
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 07 JUL 2020
Nom et prénom du malade : FAHER Jamil Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète + HTA, Ami
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 : 07/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0006554

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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
07/01/2020	C-25	1	200,4	Dr. Hassan Ghannouchi D.D. - Dentiste 146 - Rue Moulay Idries, Bab el Bhar - Casablanca Tél: 06 27 20 81 07

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Abou Souleiman El Khatami 4 - Rue Abou Souleiman El Khatami Tél: 06 27 20 81 07	07/01/2020	1560,32 + 168,10 1728,42

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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, 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>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

OMNIPRATICIEN

Diplôme universitaire en diabétologie
Diplôme universitaire en Diététique médicale et Nutrition
Diplôme universitaire en échographie clinique
Faculté de Médecine Montpellier France
ELECTROCARDIOGRAMME
Membre de la Société Francophone du Diabète
sur rendez-vous

Maphar
Km 10, Route Côtère 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 10mg cp pel b30
P.P.V : 243,00 DH
6 118001 183111

blanca, le..... في الدار البيضاء.

الطب العام

دبلوم جامعي في أمراض السكري
دبلوم جامعي في الحمية الطبية و التغذية
دبلوم جامعي في الفحص بالصدى
من كلية الطب مونبولي - فرنسا
التخطيط الكهربائي للقلب
ونية لمرض السكري

Maphar
Km 10, Route Côtère 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 10mg cp pel b30
P.P.V : 243,00 DH
6 118001 183111

243.00 x 3

Crestor 10mg
17

87.50 x 2

22.40 x 2

61.2

112.4

ASKARDIL

ASKARDIL

SV

SV

SV

* VIGNETTE
NEBILET® 5mg
28 comprimés
Pharmaceutical Institute
R.S. 203 Oujda AZZA Région Rabat
PPV : 87 DH 50

* VIGNETTE
NEBILET® 5mg
8 comprimés
Pharmaceutical Institute
R.S. 203 Oujda AZZA Région Rabat
PPV : 87 DH 50

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles
PPV 22DH40
EXP 01/2022
LOT 90039 6

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles
PPV 22DH40
EXP 01/2022
LOT 90039 8

كلارتيك

10 مغ

LOT : 2591
UTAV : 04-22
P.P.V : 61 DH 00

146. زنفة مولاي إدريس حي البلدية - الدار البيضاء - الهاتف :
a - Tél.: C. 05 22 80 91 91 - Urgences : 06 61 20 14 20
@gmail.com - ICE : 001784669000045

مضاد للحساسية

136,50

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V. : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1 27182 Bouskoura

PN° 27182 Bouskoura-Manc

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27182 Bouskoura

PN°1 27182 Bouskoura-Maroc
6 118001 070800

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMMN°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
RP N°1 27182 Bouskoura

N°1 27182 Bouskoura-Maroc
6 118001 070800

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DA
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1.27182 Bourkoura-M

B.P N°1.27182 Boukoura-Maroc

6 118001 070800

TETRALIN 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°2 DMP/NCV
P. P.V. : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 BOUJOUR

Distribue par B.P. N°1, 27182 BOULEVARD DE LA LIBERATION - MAROC

6 1180 01 070800

Text type 30 48

Tetralysal®

Tetralysal®

Tetralysal

Tetralysal®

Tetralysal®

$(81, 40)$ $162, 80$
 $\times 2$
 69.00
 $\times 2$
 AS
 $Omni$
 $Tetra$

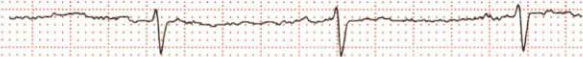
136. ∞

1560.35
1621.80

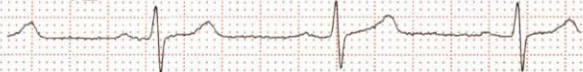
PHARMACE ABOLITIONNEMENT
4 Rue Abou Souleiman El Khattabi
Casablanca 7 - Tél: 0522 82 90 44

marquette HELLIGE 7. Jul. 20 11:57

U1



U2



U3



Auto 25mm/s 10mm/mV SAD

marquette HELLIGE 7. Jul. 20 11:57

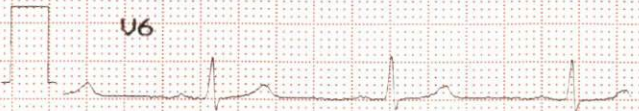
U4



U5



U6



50Hz 0.08-35Hz • 61/min

marquette HELLIGE 7. Jul. 20 11:57

I



II



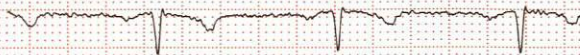
III



AUTO 25mm/s 10mm/mV SAD

marquette HELLIGE 7. Jul. 20 11:57

aVR



aVL



aVF



50Hz 0.08-35Hz 61/min

O Miz[®]

Oméprazole

20 mg

28

Gélules

Voie orale

81,40

O Miz[®]

Oméprazole

20 mg

28 Gélules

Voie orale

81,40

TETRALYSAL 300 mg

Boîte de 16 gélules

AMM N°26 DMP/21/NCV

P.P.V : 69,00 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

