

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.

Diagnostic 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 0041581

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2948 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre : Retraite

Nom & Prénom : LEMZAOUH Mohamed

Date de naissance : 1946

Adresse : EDDLADLA Suked idar sipli el Ardi

Tél : 0661314535 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le 25 SEP 2020

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
18/12/19	CS + ECG		3 500 H.	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Sidi El Moudi N° 6 - Sidi El Moudi Tél : 0523 72 22 13	18-12-19	2033,30

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	

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>			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																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



Pharmacie SIDI ELAYDI
N 6 - Sidi EL AYDI
Tél : 0523 72 25 48

وصفة طبية
Ordonnance

18 / 12 / 19

Casablanca, le :

16 Lemzaoui Mohamed

1) RPS + Activité physique
35,40 x 4

2) Kardégic 160 g
64,80 x 2 1s/jr — di

3) Bipool 10 g
145,90 x 4 1/4 c/jr — di

4) Concoryl S — g
149,00
103,40 1 c/jr — di

5) Ciroxone 10 g au Tahor — g

150,40 x 3 1 c/jr soir

6) Vastrel 35 g — g 1 c/2jr

do 4 — g
2033,30

145,90

145,90

145,90

145,90

145,90

145,90

145,90

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



118001 081189

LOT : 20E012
PER : 10 2021

LOT : 19E007
PER : 04 2021

LOT : 19E004
PER : 04 2021

LOT : 19E005
PER : 04 2021

023219 0324
PPV 67DH80

67,80

013619 0124
PPV 67DH80

67,80

PPV:
EXP:
LOT:

1758400
05/2024
AA0836

179,00

150,40

150,40

150,40

On a obtenu l'autorisation de l'Agence Nationale de Régulation des Médicaments (ANRM) - Tunisie
c l'autorisation de PFIZER Inc. New York -

Laboratoires Pfizer S.A. Maroc

05 Route de Oualidia 24000 El Jadida

P.P.V : 103DH40



118000250807

Laboratoires
Pfizer S.A.

F A C T U R E

N° 154 572 / 2019 du 18/12/2019

Nom patient : LEMZAOUI MOHAMED

Entrée 18/12/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 18/12/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation avec électrocardiogramme	1,00		350,00	350,00
			Sous-Total	350,00
Total Frais Clinique				350,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total 350,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			350,00		350,00	0,00

Handwritten signature and blue circular stamp of the hospital.

**Centre
Monétique
Interbancaire**

18/12/19 10:02:39
9900397820
93978201
HOP CHEIKH KHALIFA G4
Casablanca

A00000000031010
APP : VISA
LEMZAOUI MOHAMMED
xxxxxxxxxxxxx5081
07/23 CARTE NATIONALE
AB5C99276B70F99F
220-0-9999-1-44

MONTANT: 350,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001
NUM AUTORISATION: 0Q1883
STAN : 007750

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT