

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.

Éducation :

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 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 8ème 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° P19-0048320

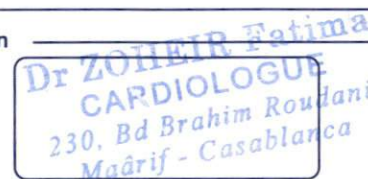
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05C83 Société : P.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : RACHIDI hasan
Date de naissance : 05.07.1960
Adresse : 15 Rue Souk bnou Zouhair Rd. m. e.
Tél. : 0661 31 72 67 Total des frais engagés : 876,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08.10.2020
Nom et prénom du malade : RACHIDI HASSAN
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : H9A
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
04 DEC 2020


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.

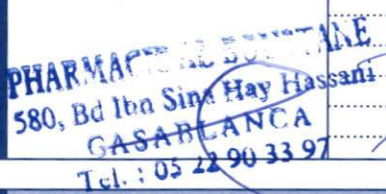
Fait à : Signature de l'adhérent(e) : Le : 04 DEC 2020

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
08/10/2010	(Emploi de)			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/10/2010	876,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

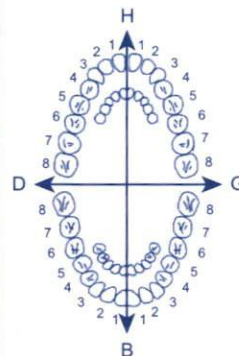
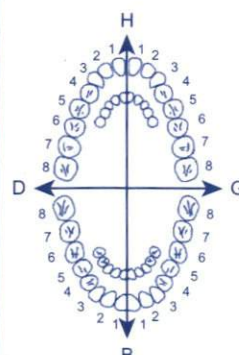
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> G 11433553 </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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



Échodoppler cardiaque et vasculaire - Epreuve d'effort - Holter rythmique et tensionnel

Casablanca le : 08/10/2020

N° RACHIDI HASSAN

$903 \times 3 = 609,00$

- Cotareg 160/12,5

sep 10 matin



$89,90 \times 3 = 267,60$

- Amlor 5 mg

sep 10 le soir



Dr ZOHEIR Fatima
CARDIOLOGUE
230, Bd Brahim Roudani
Maârif - Casablanca

D'livré une ordonnance
de 1 mois

876,60

PHARMACIE ALBOUSTANE
Honda BELHOUCINE
Sect. Boulon Sina Derb El Widad
Hay Hassani - CASABLANCA
Tél : 05 22 90 33 97

Dr ZOHEIR Fatima
CARDIOLOGUE
230, Bd Brahim Roudani
Maârif - Casablanca

COTAREG®

160 mg/12.5 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترموا المقادير الموصوفة
لأمنحة أ. يصرف فقط بموجب وصفة طبية



COTAREG 160/12.5 mg ○
28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH

COTAREG®

160 mg/12.5 mg

28 comprimés pelliculés

Voie orale



Tenir à l'abri
de l'humidité



COTAREG®

160 mg/12.5 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترموا المقادير الموصوفة
لأنه لا يصرف فقط بموجب وصفة طبية



COTAREG 160/12.5 mg ○
28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH

COTAREG®

160 mg/12.5 mg

28 comprimés pelliculés

Voie orale



Tenir à l'abri
de l'humidité



COTAREG®

160 mg/12.5 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترموا المقادير الموصوفة
لأمنحة أ. يصرف فقط بموجب وصفة طبية



COTAREG 160/12.5 mg ○
28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH

COTAREG®

160 mg/12.5 mg

28 comprimés pelliculés

Voie orale



Tenir à l'abri
de l'humidité



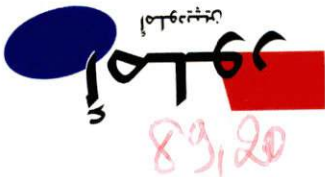
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Amlor 5 mg
28 COMPRIMÉS



28 قرص

5 mg



89,20

UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

09366067/7

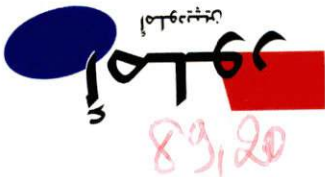
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Amlor 5 mg
28 COMPRIMÉS



28 قرصا

5 mg



UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

09366067/7

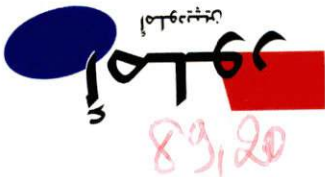
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Amlor 5 mg
28 COMPRIMÉS



28 قرص

5 mg



89,20

UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

09366067/7