

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

UPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données actière 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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *0407* Société : *Venise*

Actif Pensionné(e) Autre : *Venise*

Nom & Prénom : *Mme M. KOUA Anjal*

Date de naissance : *31/12/57*

Adresse : *18 Rue Michel Ange. Casablanca*

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *10/12/2020*

Nom et prénom du malade : *M. KOUA Anjal* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *IRAV Covid-19*

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 : *12/12/2020*

Signature de l'adhérent(e) : *B. KOUA*

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Relève des Actes
10/12/2020	Actes	Chir	8000 cent	 Dr. Jaafar Ibel Spécialiste en Maladies Infectieuses Diplôme Universitaire en Gérontologie IDE 001636962000075

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE route d'El Jadida Ed Brahim Roudani 22 99 57 46</i>	10/10/2016	1460,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

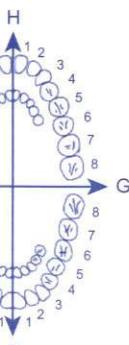
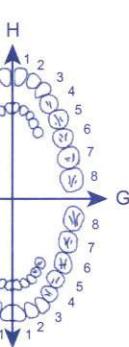
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				Coefficient des travaux											
				Montants des soins											
				Début d'exécution											
				Fin d'exécution											
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533414</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533414	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	25533414	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														
				Montants des soins											
				Date du devis											
				Date de l'exécution											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



1/24

ORDONNANCE

Nom et prénom du patient : Bennani AMAL

Age : 64 ans

Date : 10.12.2020

196,60 1/ Zylax 400mg cp

1 cp par jour pendant 5 jours

79,70 2/ Unizitro 500 mg cp

1 cp le 1^{er} jour Puis ½ cp/j pendant 6 jours au milieu du repas

15,30 3/ Vitamine C 1g cp ou équivalent

1 cp x 2/j pendant 2 semaines

40,90 4/ Zinaskin 45 mg cp ou équivalent

1 cp x 2/j pendant 2 semaines

49,60 5/ D Cure forte ampoule ou équivalent

1 ampoule en 1 prise à prendre de préférence dans un produit laitier

58,40 6/ Solupred ou équivalent 20 mg cp

... cp à jeûn le matin pendant 6 Jours si toux exacerbée ou gêne minime respiratoire

7/ Cardioaspirine 100 mg

1 cp par jour pendant 15 jours

30,90 x 2 7/ Lovenox 0,4ml (4000UI)

1 inj SC deux fois par jour

7/ Novex 0,6ml (6000 UI)

1 inj SC deux fois par jour

79,00 8/ Apixol sirop ou Akindex sirop

1 CAS trois fois par jour pdt 5 jours en cas de toux exacerbée

82,90 9/ STIMOL sachets

1 sachet trois fois par jour pendant 7 jours

65,10

• En cas de diarrhée : ultralévure (2 gélules deux fois par jour) ou smecta

• En cas de céphalées : paracétamol (max 2g/j) si pas d'allergie connue

• En cas de douleurs gastriques liées aux médicaments : oméprazole (1 cp le matin)

• Pour tout autre symptôme, contacter le médecin traitant ou prendre rdv

docti ma dédiée au suivi à domicile

Altefär HEKEL
Allergie ASPIRINE

ICE : 001529932000062

Pr. Jaffar HEKEL
Spécialiste en Maladie Infectieuse et Gélatite
Dipломатъ на платформата
Diplomatica de la plateforme
Diplomatica de la plateforme

Lot/Batch : DL558F
Fab./Man. : 0820
Pér./Exp. : 0723

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6
P.P.V. : 349DH00



6 118001 080465

th : DL558F
in. : 0820
: 0723

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6
P.P.V. : 349DH00



6 118001 080465