

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

Sectiions 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.

Education :

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

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



Déclaration de Maladie

Nº M20- 0008195

ND: 53924

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6311 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : FAYIS BELLA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 30 Dhs

88 MUPRAS
ACCUEIL
30 DEC. 2020

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 :

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

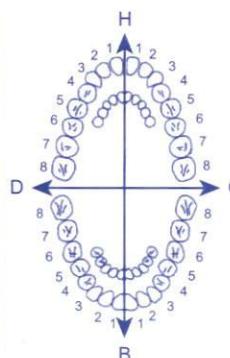
Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
DROITE	11 21 12 13 14 15 16 17 18	GAUCHE	22 23 24 25 26 27 28	
HAUT				
BAS	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33		38 37 36 35 34	

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		
		H	21433552	
D	25533412 00000000	G	00000000	
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				

Visa et cachet du praticien

attestant le devis

Visa et cachet du praticien

attestant l'execution

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N° P 17 / 0058604		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 634	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom : FARUS Aicha			
Fonction	Phones : 0661511709		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient : Aicha		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age : 27/12/2020
Nature de la maladie : HTA + A CTA		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Contrôle		G	G
PHARMACIE		Date : 23/12/2020	
Montant de la facture : 880,30		D. EL MAKHLOUF Ali Professeur Agrégé Cardiologie 5, Rue Med Abdellah Casablanca Mme. Alami Soumnia Samra Docteur en FM Hassan 13, Rue Amara Bencherif Casablanca - Tel : 06 22 39 08 70	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
		CACHET	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		CACHET	

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou

CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Casablanca, le 23 Décembre 2020

MME Aicha FARIS

3460
1 - LASILIX 40 mg :

1 CP MATIN ET 1/2 CP LE SOIR

5200
2 - ALDACTONE 50 mg :

1/2 CP TOUS LES JOURS

2500
3 - DIGOXINE : 1/2 CP/j

A PRENDRE TOUS LES JOURS

4 - OEDDES 20 mg : 1 LE SOIR

5 - SINTROM : 1/2 CP PAR JOUR X 3 MOIS.

2000
SANS ARRET

34700

6 - NOVEX 0.4 ml: 1 injection matin et soir à interval de 12 h.

732.00 x 3

7 - APROVEL 300 mg:

1/2 CP PAR JOUR SANS ARRET

Faite TP + INR samedi

880,30

PHARMACIE AL AMANA
Mme. Alami Soumni Samira
Docteur en Pharmacie
13, Rue Annafis Brabour
Casablanca - Tél : 05 22 39 08 70



**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE
EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :**

05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54

OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
L01 : 20E017
PER : 05 2024
6 118000 060468

6 118001 040117
DIGOXINE 0,25 mg
(Digoxine)
30 comprimés
BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

anti - Xa/0,4 ml

Seringues pré-remplies

Xa correspondant à 40 mg

Solution injectable



132100



SOIR

C

anti - Xa/0,4 ml

Seringues pré-remplies

Xa correspondant à 40 mg

Solution injectable



132100



SOIR

C

anti - Xa/0,4 ml

Seringues pré-remplies

Xa correspondant à 40 mg

Solution injectable



132100



SOIR

C

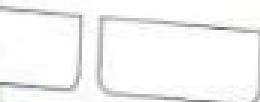
نوفيكيس

إنوكسابارين صوديك

LOT 202330 ١

EXP 09 2022

PPV 347.00 DH



صبا

المدة



Novex®

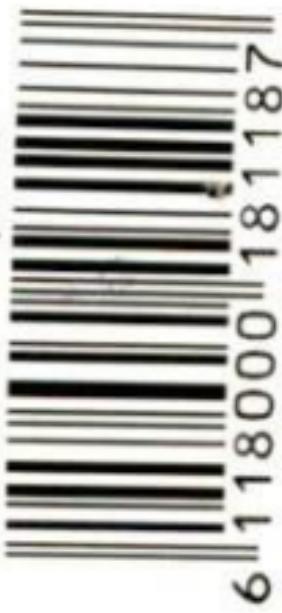
4000 UI anti-Xa/0.4 ml
6 seringues pré-remplies

Remboursable AMO

6118000021902

اسپنوكومارول
سینتروم
Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

Sinstrom® 4 mg O
Acenocoumarol 10 comprimés



٤٢٩٦
ملبغ

PPV :
Exp :
N° Lot :

