

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

Radiologie 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 traitements canalaire, 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 canalaire.

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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal 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° W19-453188

135057

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 338 Société : R.A.M.			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Janine
Nom & Prénom : AFIF fatma			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés : 200 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 20/10/2022			
Nom et prénom du malade : AFIF fatma Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant HTA			
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) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-453188
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 :	

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
20/02/22	Contrôle		Gratuit	INP : 11863211 بجوي يامل اختصاصي في أمراض القلب والشرايين رقم قاتع شارع محمد الدورة الولفة - الدار البيضاء GSM: 06 13 02 02 44 - Tel: 05 22 69 00 25

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Ahmed HAFRI Dr. Raha Boudaalsage 25 22 94 99 24	20/10/22	711,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VIOLET ADHERENT

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25633412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
25633411	11433553

The diagram shows a 3D grid with 12 vertices. The vertical axis is labeled 'H' at the top. The horizontal axis to the left is labeled 'D' with an arrow pointing left. The horizontal axis to the right is labeled 'G' with an arrow pointing right. The vertical axis is labeled 'B' at the bottom. The grid consists of 12 vertices arranged in a 3x4x2 pattern. The vertices are labeled with numbers 1 through 12, representing a 3D coordinate system.

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnelle, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- Ancienne interne au CHU Ibn Rochd
Diplôme d'échocardiographie
doppler de l'Université Victor Segalen
de Bordeaux (France)

Electrocardiogramme - Echocardiographie doppler
holter rythmique et tensionnel
Epreuve d'effort

طبية داخلية سابقاً بالمركز الإستشفائي ابن رشد
دبلوم فحص القلب بالصدى بجامعة بوردو (فرنسا)
تخطيط القلب - فحص القلب بالصدى
الفحص المستمر لدقنات القلب والضغط الدموي
اختبار الجهد

Casablanca le :

20 Mai 2022

Mme AFIF Ratna

57,80 x 3

- Toma (S.V)

437,00

Janemet 50/100

16,60

Locapac

24,60

Kcl sirop

60,00

Ferplex

+

711,60

0522 690 025

0613 02 02 44

الحاج فاتح، شارع واد الدورة الطالق الثاني (مع المصعد) [قابلة التجارية وفا بنك] - الولفة - الدار البيضاء

548, Hadj Fateh Bd. Oued Daoura 2ème Etage - El Oulfa - Casablanca
(Avec Ascenseur) [en face de Attijari Wafa Bank]

✉ E-mail: drnajoua.yamoul@gmail.com |

PHARMACIE HIBA
Dr. Ahmed CHAFRY
Hay Raka Rue Banafsaje
N°51 Bis Beauséjour Casa
Tél: 05 22 94 99 34

Dr. Najoua YAMOUL
Cardiologue



Distribué par MSD MAROC.
AMM N°: 268/19/DMP/21/NRQ
P.P.V: 437,00 DH.

PPV: 24/06/2024
LOT: 220324
PER: 07/24
PPV: 57,80 DH

FERPLEX® 40 mg
Fer phénolsuccinylate
Boîte de 10 Flacons buvable
PPV 60,00 Dhs
118001440016