

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 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.

M23- 0023460

Maladie

Dentaire

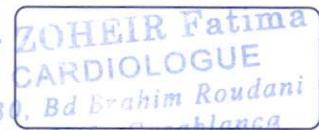
Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	1531	Société :	A 038927
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom :		FARAJ ALIATH ALAIMA	
Date de naissance :		25/07/52	
Adresse :		31 Bd oued loulous El ouffa CASA	
Tél. :		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	22/01/2024		
Nom et prénom du malade :	Faraj fellah Aliath		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Tunfi easti pue		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	<input type="checkbox"/> Pathologie :
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
22/02/24	CS K16	300DH		<i>DI ZOHRA TAHAR CAHID LOUE Bd Brahim Roudani Marrakech - Casablanca</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE BRAHIM ROUDANI MARRAKECH</i>	22/02/24	3040,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

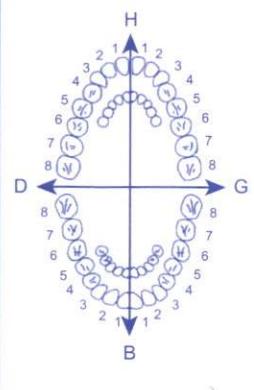
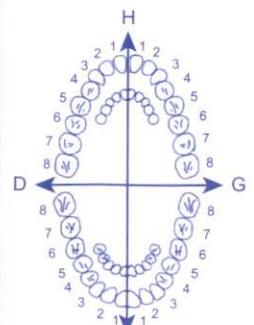
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CÉEFFICIENT DES TRAVAUX
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000		MONTANTS DES SOINS
	00000000	00000000		
B	35533411	11433553		
G				
[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			



Diplômée de la faculté de Lyon

Ex Assistante attachée de l'hôpital cardiologique de Lyon - Ex chef de service de cardiologie à la CNSS
Membre de la société française de cardiologie

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

Casablanca le : 22/01/2024.

Méfaine jellali Râmine.

No 527



111 Peso 50

1up x 2

56.80 x 3

1up Lechone 50

1up rida

3) 1up 15

1up le fetei

3u. 60



1up Foudire 40

51up 520

1up

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

IT de Beij

230، شارع إبراهيم روداني، الجديدة - المعاريف - الدار البيضاء

230, Boulevard Brahim Roudani Ex Roudani El jadida, Maârif - Casablanca

Tél.: 05 22 21 181

ALDACTONE® 50 mg

PPV : 56,80 DH

6 118001 170029

X3
Ced ↙

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH

6 118001 031719

7 x 5
Ced ↙

ATTENTION
Dans quel
cas médical

- retention
- radiobiologi
- peut étre

- urgences
- cette forme possède

Voice injection
- de l'hypospadias

- des adéren-

DANS QUOI
Voie orale
Ce médicament

20

LASLIX 40
LASLIX 20

Excipients
Eurosémid
DRSLEIA ZG

LASIX \downarrow
Furosemic
Excipients
LASIX \downarrow

IDENTIFICATION
COMPOSITE

Ce média
d'autre, ce
Gardez ce

Elle conti-
Si vous é-
votre me-

Furoser

10

CERTAINES PERSONNES ENTRAINER DES

Plusieurs doses a été mise

