

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

- Reclamation : 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.

M22- 0013858

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10079 Société : MD 199443

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : FATIHA EZZABDI

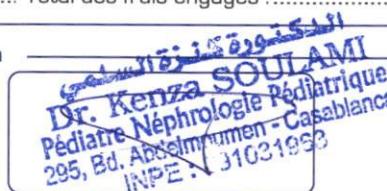
Date de naissance :

Adresse : Lotissement waFiq passage el Bencheddou

Tél. : 066.876.6816 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16.09.2024

Nom et prénom du malade : ER ASSAU DERYET Age : 13/05/98

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dalatbie Rénale

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : RRC

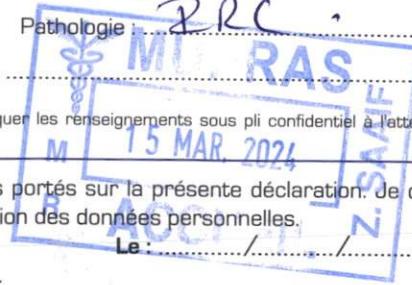
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Le

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) : AK



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
16/02/24	S		300,00	Dr. KENZA SOUFIANE Néphrologue Pédiatrique Andelmuinen - Casablanca N°BÉ : 092031553

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PARMAG T43107 Wattan Tél:05 22 53 31 71 -Berrechid-	14/02/2023	PH 413137000 Tél:05 22 53 31 71 -Berrechid-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 l'ODF.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-36), and lower right (37-48). A coordinate system is overlaid on the arch, with the origin at the midline. The horizontal axis (x-axis) extends from the midline to the left (D) and right (G). The vertical axis (y-axis) extends from the midline upwards (H) and downwards (B). The teeth are arranged in a curve, with the upper teeth curving upwards and the lower teeth curving downwards.

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Pédiatre spécialiste

Néphrologie Pédiatrique

Diplômée de l'Université Libre de Bruxelles
et de l'Université René Descartes de Paris

Ex. médecin spécialiste au service de néphrologie
du CHU Ibn Rochd de Casablanca



طبيبة أطفال أخصائية

أمراض كلية الأطفال والرضع

خريجة الجامعة الحرة ببروكسل

وجامعة روني ديكارت بباريس

طبيبة أخصائية سابقا بمصلحة أمراض الكلى
بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء

Casablanca le: 14/02/2024

El Assali Meryem

Age: 15 ans, 9 mois, 1 jours , Poids: 70,00 Kg , Taille: 177,50 cm

1. Calcifix d3 500mg /400 ui - comprimé

1 comprimé, 2 fois par jour, au cours des repas, pendant 4 mois

2. Un-alfa 0,25 µg - capsule

2 capsule(s), au coucher, pendant 4 mois

3. D-cure 25000 ui - ampoule buvable

1 ampoule(s), 1 fois par semaine, pendant 4 mois

4. Recormon 2000 ui / 03 ml - solution injectable

1 injection sous cutanée, 1 fois par semaine, pendant 4 mois

5. Fumafer 66 mg - comprimé

1 comprimé, 4 fois par jour, après les repas, pendant 4 mois

6. Tecpril 5 mg - gélule

1 gélule, le matin, pendant 4 mois

7. Prezar 50 mg - comprimé pelliculé sécable

1 comprimé, le soir, pendant 4 mois

8. Zyloric 200mg - comprimé

1 comprimé, par jour, pendant 4 mois

Distribué par Roche S.A. O

Bd. Sidi Med Ben Abdellah

Ivoire 05, Casablanca Marina

RECOMON 2 000 UI/0,3 ml 6 PFS

P.P.V.: 1 156,00 DH

6 118001 050352

Distribué par Roche S.A. O

Bd. Sidi Med Ben Abdellah

Ivoire 05, Casablanca Marina

RECOMON 2 000 UI/0,3 ml 6 PFS

P.P.V.: 1 156,00 DH

6 118001 050352

Lot: C90374
07 2024
EXP: 74 DH 60
PPV:

Lot: C90374
07 2024
EXP: 74 DH 60
PPV:

Lot: C90374
07 2024
EXP: 74 DH 60
PPV:

Lot: C90374
07 2024
EXP: 74 DH 60
PPV:

Lot: C90374
07 2024
EXP: 74 DH 60
PPV:

Distribué par Roche S.A. O

Bd. Sidi Med Ben Abdellah

Ivoire 05, Casablanca Marina

RECOMON 2 000 UI/0,3 ml 6 PFS

P.P.V.: 1 156,00 DH

6 118001 050352



6 118001 200757

Lot: C90374
07 2024
EXP: 74 DH 60
PPV:

FUMAFER® 66 mg

100 comprimés

6 118000 180371

85,10
20 x 10
08 27
L10 68

PPV: 56,30 DH
LOT: 23H09D
EXP: 08/2025

D-CURE® AMPOULE
6 118001 320080

PPV: 56,30 DH
LOT: 23B10D
EXP: 02/2025

D-CURE® AMPOULE
6 118001 320080

PPV: 56,30 DH
LOT: 22J24D
EXP: 10/2024

D-CURE® AMPOULE
6 118001 320080

دوة
Dr. Kenza SOU
 Pédiatre Néphrologie Pé
 295, Bd. Abdelmoumen - S
 INPE : 091031

63,00

PPV: 82DH70
PER: 10/26
LOT: M3694

Tecpril® 5 mg
30 gélules



6 118000 071488

PREZAR® 50 mg
Losartan
30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 041627

ZYLORIC 200 mg
Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 62 DMP2/1NTT
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO



6 118000 022244

ZYLORIC 200 mg
Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 62 DMP2/1NTT
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO



6 118000 022244