

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 canaux, 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 canaux.

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



NPD
142/34

Déclaration de Maladie : N° P19-0019282

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01516 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : NAJIB Abdelham Date de naissance : 17/02/52
Adresse : 141 LOT COMMUNAL SIB MAAROUF
Tél. : 06 400 60 78 Total des frais engagés : 748,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. W. EL KHOULI
Centre d'hémodialyse ALMAID
RÉS ALMAID, Angle n° 10
et Route Ouled Ziane M 5, 6, 7
Tél: 0522 60 81 81 / Fax: 0522 60 22 00
27/02/2019
ACCUEIL

Date de consultation : 4 / 12 / 2019

Nom et prénom du malade :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète / HTA / IRC / pathologie rénale
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 : Casa

Le : 04 / 12 / 19

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
4/12/99		22k	275 000	Dr. W. EL KHOURI Centre d'Hémodialyse Rue el Maab, Angles et Route Ouled Ziane M 3,67 Tél: 0522 60 81 81 / Fax: 0522 60 22 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE AHMIDA Rue T100 Complexe Commercial Sidi Maarouf - Casablanca 33 33 55 87 - 0893 30 93 14 0893 70000083</p>	<p>4 12 — 2019</p>	<p>498.10</p>

[illegible]

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Date des Soins

Nombre

Montant détaillé
des 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 canaux, ainsi que le bilan de l'O

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412
00000000

2	21433552
0	00000000

D

00000000
35533411

	0000000000
--	------------

0	00000000
1	11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre de dialyse AL MAJD

DR ELKHOULI . W

Spécialiste en néphrologie
maladie des reins et hémodialyse

Ex-médecin chef du service de dialyse
à l'hôpital Med V Hay Mohammadi, Casa



مركز تصفية الدم المجد

الدكتورة و. الخولي

اختصاصية في امراض الكلى و تصفية الدم

طبيبة و رئيسة سابقة لمصلحة امراض الكلى و تصفية الدم
بمستشفى محمد الخامس، الحي المحمدي، الدار البيضاء

Casablanca le : 21.11.2019

Najih Abassio

Daktarin® 2%
gel buccal

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Daktarin gel buccal t40g
P.P.V : 53,00 DH



UT. AV. : 08 22 P.P.V
LOTN° : 1279

48,00

48,00

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
LOT : 19E003
PER : 04/2021

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
LOT : 8M/A044
PER : 06/2020

DR W EL KHOULI
Centre d'hémodialyse ALMAJD
Rue Mohamed VI, Hay Mohammadi
et Route Ouled Ziane M 5,6,7
Tél: 0522 60 81 81 / Fax: 0522 60 22 00

LOT: 8MA043
PER: 04/2020

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830

P.P.V: 30DH70



129,00