

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

Informations 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.

Ordonnance :

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.

Prothèse :

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

N° P19-0028643

05-30461

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 68932 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : QUACINI Said

Date de naissance : 04/08/1959

Adresse : 37 RUE DES FRIS Beauséjour

Tél. : 0660915423 Total des frais engagés : 1022,2 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04 / 05 / 2020

Nom et prénom du malade : ABIR Baoucha Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA, Dyslipidémie, Diabète

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) : [Signature]

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
04/05/2020	C		150DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

	04/05/2020	806.50
	04/05/2020	637

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

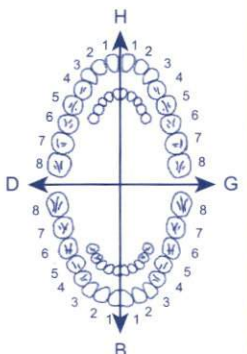
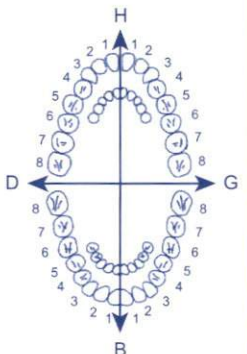
		Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mifdal Malika

Médecine Générale

36, Rue El Koronfol 1er étage App.2

Hay Raha (Beausejour)

CASABLANCA

Tél.: 0522.36.64.48

الدكتورة مفضل مليكة

الطب العام

36, زنقة القرنفل حي الراحة (بوسيجور)

الطابق 1 الشقة 2 - الدار البيضاء

الهاتف: 0522.36.64.48

CASABLANCA, LE 04/05/2020

N° ABIR Boucha Epouafki

116,80 X 3 - Lipan Hyl 160 g (N° 3)
1 cpj le soir x 3 mois

63,00 X 3 - Tecpil 5 mg (N° 3)
1 cpj x 3 mois

35,70 X 3 - Kardegic 160 (N° 3)
1 cpj à midi x 3 mois

60,00 X 2 - Glerna 3 mg (N° 2)
1/2 cpj à midi

4,00 - Glerna 2 mg
1 cpj

806.50

GLEMA® 3 mg
ثايماس
ثليميتيد

GLEMA® 2 mg
Glimépiride

كارديجيك®

160 ملغ

أسيتيلساليسيلات د.ل. ليسين

مسحوق لمحلول للشرب

علبة 30 كيس - جرعة

كارديجيك®

160 ملغ

أسيتيلساليسيلات د.ل. ليسين

مسحوق لمحلول للشرب

علبة 30 كيس - جرعة

كارديجيك®

160 ملغ

أسيتيلساليسيلات د.ل. ليسين

مسحوق لمحلول للشرب

علبة 30 كيس - جرعة

LIPANTHYL® 160MG

FENOFIBRATE / COMPRIMÉ PELLICULE

ليپنثيل 160 ملغ

فينوفبرات / قرص مغلف

30 comprimés, voie orale قرصاً عبر الفم

LIPANTHYL® 160MG

FENOFIBRATE / COMPRIMÉ PELLICULE

ليپنثيل 160 ملغ

فينوفبرات / قرص مغلف

30 comprimés, voie orale قرصاً عبر الفم

LIPANTHYL® 160MG

FENOFIBRATE / COMPRIMÉ PELLICULE

ليپنثيل 160 ملغ

فينوفبرات / قرص مغلف

30 comprimés, voie orale قرصاً عبر الفم

TECPRIL®

Ramipril

5 mg

30 gélules

Voie orale

TECPRIL®

Ramipril

5 mg

30 gélules

Voie orale

TECPRIL®

Ramipril

5 mg

30 gélules

Voie orale



Pharmacie AL WOUROUD

casablanca
Telephone : 022-36-84-30
34808192

Facture N° 1 Du 04/05/2020

ICE:001541254000015

Client : OUAFKI SAID

FO	PRODUIT	QTE	PRIX	QTE * PRIX
CL	FLUCON COLLYRE	1	22.60	22.60
CL	MAXIDROL COLLYRE	1	30.10	30.10
SI	APETINE 2MG/5ML 125ML SIROP	1	13.00	13.00
	Total			65.70

Arrétée la présente facture à Soixante Cinq Dirhams Et Soixante Dix Centimes



PHARMACIE AL WOUROUD
67, Bd
Maroc
Tél: 0522 36 84 30 - Casablanca
Patente: 34808192