

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 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

- | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie : N° P19-0013339

Maladie

Dentaire

Optique

Au

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6183

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

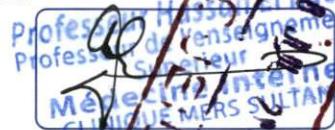
Nom & Prénom : BAYDOURI KAMAL Date de naissance : 18/10/71

Adresse : Anfa Sabta et Provence Jui. Hassan, 29 Ag 11

Tél. : 06 61 33 90 12 Total des frais engagés : 3227 Dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Ouiria facihia Age: 39

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Lupus systémique avec atteinte 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'attache-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 : Casablanca

Le : 06/10/2010

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15/20	C3	0	 Dr. MERS SULTAN Médecine Interne Professeur Supérieur

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 G 21433552 00000000 B 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Hassan El Kabli

Professeur de l'enseignement
Supérieur
Médecine Interne



الأستاذ حسن القبلي

أستاذ التعليم العالي
الطب الباطني

Casablanca, le 13 / 05 / 20 الدار البيضاء ، في

Mme Olimi Baidouri Samia

274500

1/ Cellestix 500 24x211x 3 m.

12000

2/ Telpil 10 14/1x 3 m.

32060

3/ Contamf 20 34/1x 211 (4580x7)



PHARMACIE
PUISSENCE PHARMA
Angle Place et Rue Sidi Maârouf
Casablanca - Tel: 0522 28 05 86
Tél: 3469172771 - IF: 144A7437
ENSA: 9318058 - RC: 285647
TÉL: 800189678000093

4220

4) Calyx AB 14/1
5) Cello 14/1x 1ml
RDX 2ml abu wa

24/07/2 x 10

24/1x 10

14/07/2 x 10

14/1x 10

14 à vendre

x 3 m

Professeur Hassan El Kabli
Professeur de l'enseignement
Supérieur

Médecine Interne
Casablanca
322780
61157274
E-mail : hassanelkabli@gmail.com

64, Bd. Omar El Idrissi (en face du jardin murdoch) Casablanca
Tél : 05 22 27 02 79 - Fax : 05 22 26 79 42 - GSM : 06 61157274

E-mail : hassanelkabli@gmail.com

CellCept®

Mycophenolate
mofetil

500 mg

Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
CELLCEPT 500 mg boîte de 50 comprimés pelliculés
P.P.V. : 915,00 DH

50



she

CellCept®

Mycophenolate
mofetil

500 ma

Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
CELLCEPT 500 mg boîte de 50 comprimés pelliculés
P.P.V. : 915,00 DH

50



he

CellCept®

Mycophenolate
mofetil

500 ma

Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
CELLCEPT 500 mg boîte de 50 comprimés pelliculés
P.P.V. : 915,00 DH

50



120,00

500774e

TECPRIIL®

Ramipril

10 mg

30 gélules

Voie orale

45,80

Cortancyl® 20mg

Prednisone

Voie orale

20 Comprimés

45,80

Cortancyl® 20mg

Prednisone

Voie orale

20 Comprimés

45,80

Cortancyl® 20mg

Prednisone

Voie orale

20 Comprimés

45,80

Cortancyl® 20mg

Prednisone

Voie orale

20 Comprimés

45,80

Cortancyl® 20mg

Prednisone

Voie orale

20 Comprimés

45,80

Cortancyl® 20mg

Prednisone

Voie orale

20 Comprimés

Cortancyl® 20mg

Prednisone

Voie orale

20 Comprimés

42,20

CALCIFIX® D₃

CALCIUM + VITAMINE