

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Éducation :

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 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

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- 0034985

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10174

Société : la roma

33932

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : merri mahomed

Date de naissance :

Adresse : tinir 1 mammar Adone n 22

Tél. : 0669 334106

Total des frais engagés : Dhs.

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BEKKAI Laïla
134, Bd. El Fida Hay Yasmima
BERRECHID
GSM. 061.56.93.14

ACCUEIL

Date de consultation : 20/04/2020

Nom et prénom du malade : MERRI MOHAMED

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : mariété + 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) :

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
26/01/2020	C	1	150 DH	Dr. BENKAT, Fida Hay Yasmina 134, Bd. El Fida Hay Yasmina RUE EL FIDA Tél: 061.56.93.174

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE YASMINA 77 RUE IBNOU NAFIS HAY Yasmina Berrechid Tél: 05 22 53 31 88	20/01/2020	604,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

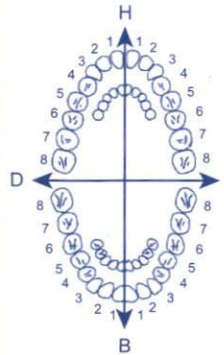
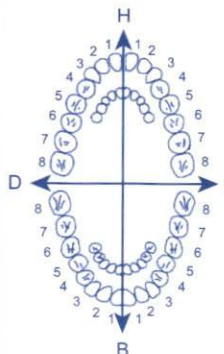
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	[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

Docteur BEKKAI Laila

Médecine Générale

Diplômée de l'Université de DAKAR

الدكتورة البكاي ليلي

الطب العام

خريجة كلية الطب بدكار

Dr. BEKKAI Laila
134, Bd. El Fida Hay Yasmina
Berrechid le: 20/04/2020

برشيد في 20/04/2020

ORDONNANCE

MR MERRI Mohamed
75.10 x 7

① - EPYCA 75 mg gel

1'S^{n°7}

38.702 gel 1 j x 03 mois

② - LAROXYL 25 mg g

1'S^{n°2}

40.30 2 g 1 j le soir

③ - XANAX g

1'S^{n°2}

1/4 - 1/10 - 1/2.

60470

PHARMACIE YASMIN
77 RUE IBNOU NAFIS
Hay Yasmina Berrechid
Tél.: 05 22 53 31 38



6 118001 040384
LAROXYL 25 mg
(Chlorhydrate d'amitriptyline)
60 comprimés pelliculés
BOTTU S.A. PPV: 38 DH 70

Dr. BEKKAI Laila
134, Bd. El Fida Hay Yasmina
Berrechid le: 20/04/2020

134, شارع الفداء، حي ياسمينه الطابق الأول- برشيد الهاتف: 06 61 56 93 14

134, Bd El Fida, Hay Yasmina, 1^{er} Etage- Berrechid- Tél: 06 61 56 93 14

Epyca® 75 mg

Prégabaline

14 gélules



PROMOPHARM S.A



6 118001 260690

75
مغ



إبيكا

بريجابالين

(PPV : 75DH10)

عن طريق الفم

Epyca® 75 mg

Prégabaline

14 gélules



PROMOPHARM S.A



6 118001 260690

75
مغ



إبيكا

بريجابالين

(PPV : 75DH10)

عن طريق الفم

Epyca® 75 mg

Prégabaline

14 gélules



PROMOPHARM S.A



6 118001 260690

75
مغ



إبيكا

بريجابالين

(PPV : 75DH10)

عن طريق الفم

Epyca® 75 mg

Prégabaline

14 gélules



PROMOPHARM S.A



6 118001 260690

75
مغ



إبيكا

بريجابالين

(PPV : 75DH10)

عن طريق الفم

Epyca® 75 mg

Prégabaline

14 gélules



PROMOPHARM S.A



6 118001 260690

75 مغ



إبيكا

بريجابالين

(PPV : 75DH10)

عن طريق الفم

Epyca® 75 mg

Prégabaline

14 gélules



PROMOPHARM S.A



6 118001 260690

75 مغ



إبيكا

بريجابالين

(PPV : 75DH10)

عن طريق الفم

Epyca® 75 mg

Prégabaline

14 gélules



PROMOPHARM S.A



6 118001 260690

75
مغ



إبيكا

بريجابالين

(PPV : 75DH10)

عن طريق الفم