

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ctique :

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.

ntaire :

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 caractére personnel.

Matricule : 0944 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HALIMANY Abdellmjid

Date de naissance : 09.01.1930

Adresse : Coop. Alicital AFIT 21-S Deraouy

Télé : 522.32.19.96 Total des frais engagés : 4.435,40 Dhs

Cachet du médecin : (X)

Complément au
Dossier

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie :

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 : 20.10.2020

Signature de l'adhérent(e) :

Mohamed

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES AVANT 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 :

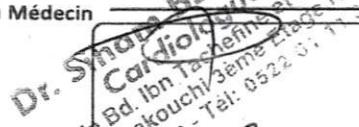
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

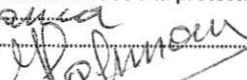
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 0944	Société : R A M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HALYONY ABDELKAYD			
Date de naissance : 09.01.1930			
Adresse : Coop. ALICIRAF II Sidi El Aïdouf			
Tél. : 0522 32 19 96	Total des frais engagés : 4435,40 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 10.05.2010			
Nom et prénom du malade : HALYONY ABDELKAYD Age : 80			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : HTA			
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 : **118 A B Casab** Le : **/ /**
Signature de l'adhérent(e) : 

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
10/03/2010	CE+FCL 2500	Dr. Sihem Cardiologue et Mouakouchi 3ème stage 11/13	INP : 03/03/2010	Angle Bd. Ibn Tachfin et Sidi Abdellah Mouakouchi - Tél: 0522 58 41

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie A Lot Anichef 2 N°9 Sidi Abdellah Casablanca Tél/Fax : 0522 58 41	10/03/2010	4435,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

STARVAL

28 comprimé

Voie orale

STARVAL® 80 mg
28 comprimés pelliculés
Voie orale

131 DH 50

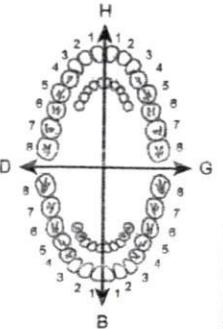
Lot n° :

Exp. :

6 118000 380405

6 118000 380405

SOINS DENTAIRES



XARELTO 15 mg

Rivaroxaban

42 cps

P.P.V. : 1326,00 DH

Bayer S.A.

6 118001 090785

XARELTO 15 mg

Rivaroxaban

14 cps

P.P.V. : 529,00 DH

Bayer S.A.

6 118001 090778

XARELTO 15 mg

Rivaroxaban

42 cps

P.P.V. : 1326,00 DH

Bayer S.A.

6 118001 090785

INP :

PPV :

131 DH 50

Lot n° :

Exp. :

DEBUT

D'EXECUTION

PPV :

131 DH 50

FIN

D'EXECUT

Lot n° :

Exp. :

TERMINATION DU COEFFICIENT

6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

6 118001 100873

aphies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, e 28 comprimés pelliculés
Voie orale

131 DH 50

INP :

PPV :

131 DH 50

Lot n° :

Exp. :

MONTANTS

DES SOINS

DEBUT

D'EXECUTION

FIN

D'EXECUT

LOT

192468

EXP

10/2023

PPV

6,70 DH

7862160239

MONTANT

DES SOINS

PPV:39DH80

PER:09/22

LOT:12176

PPV:39DH80

PER:09/22

LOT:12176

6 118000 022268

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

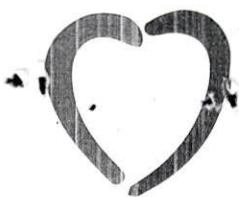
6 118000 040407

6 118000 040407

6 118000 040407

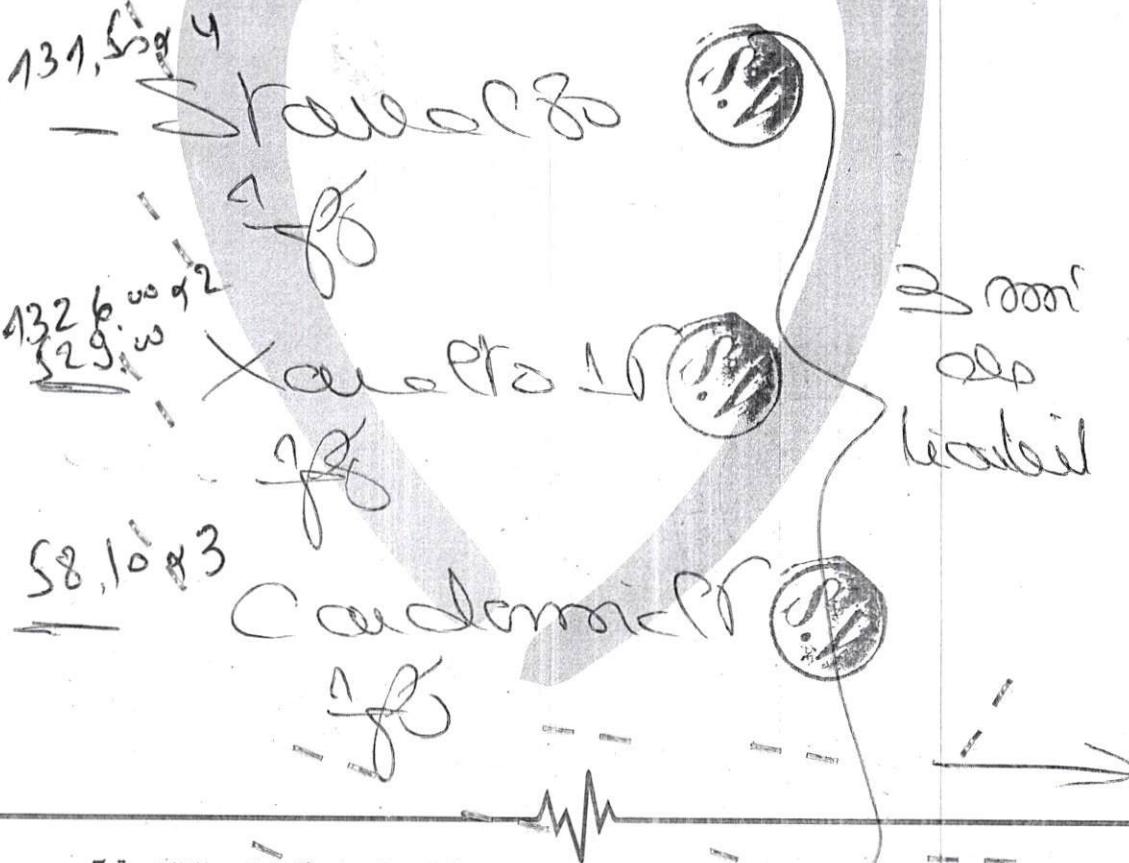
6 118000 040407

6 118000 040407



Le 10/3/2020

Hélène My Abdellatif



زاوية شارع ابن تاشفين وابن العدراء المراكشي ، إقامة فاطمة الزهراء II الطابق الثالث رقم 5

(فوق أسيما و BMCE) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 61 11 33

Angle Bd Ibn Tachefine et Bd Ibn El Adraa El Mourakuchi, Résidence Fatima Zahra II 3ème étage N° 5
Casablanca (au dessus de Acima et BMCE) - Tél : 05 22 61 11 33

46.70

21.30x6

39.80x2

T=4435.495 G/H

Zyfex 100
100

Tanakan

1 g x 2

Dose x 6

Dr. Sihem BELAICH
Cardiologue
Angle Bd. Ibn Tachfin
El Mourakouche, 3ème
Casablanca - Tel: 05

tanakan 40 mg ☒

30 COMPRIMÉS ENROBÉS



tanakan 40 mg ☒

30 COMPRIMÉS ENROBÉS



tanakan 40 mg ☒

30 COMPRIMÉS ENROBÉS



nakan 40 mg ☒ **anakan 40 mg** ☒

COMPRIMÉS ENROBÉS 30 COMPRIMÉS ENROBÉS



tanakan 40 mg ☒

30 COMPRIMÉS ENROBÉS



valable 3 mois

Le 10.03.2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : Hélène Abderrajab

Présente Hélène Abderrajab

Nécessitant un traitement d'une durée de : Poursuite duree

Sandof 1cp/10ml x 10 fl Cardiomax
Zyflosic 100 mg - Tandem 10x6

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr. Siham BELAICHE
Cardiologue
Angle Bd Ibn Tachfer et Alara
El Mouradi 6ème Etage N° 1523
Casablanca

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

MAR. 10 2020 14:40
ID= AGE=

AC,DERIVAT

HARMONY ABDEmgiD

