

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.

Optique 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.

Educations :

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

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° P19-0030962

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00573 Société : 64913

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KHARIF Nad

Date de naissance : 01.01.1943

Adresse : Jardin de Californie Bd de FES

App. C10 CASABLANCA

Tél. : 0660000000 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

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 : 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

[illegible]

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

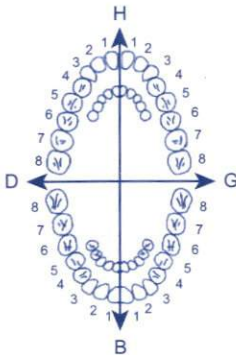
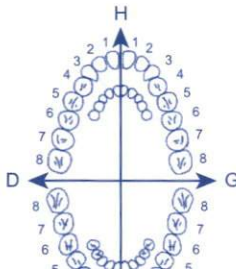
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

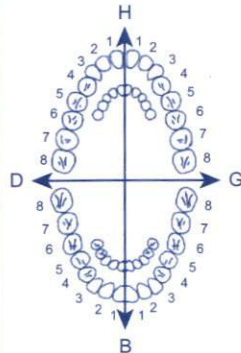
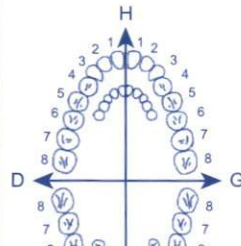
Important :


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 <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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				
	<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D<div>0000000000000000</div>G</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS

daflon® 500 mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 100041

daflon® 500 mg 

30 comprimés pelliculés




6 118000 100041

daflon® 500 mg 

30 comprimés pelliculés




6 118000 100041

daflon® 500 mg 

30 comprimés pelliculés




6 118000 100041

daflon® 500 mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 100041

daflon® 500 mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 100041

DÉTENSIEL® 10 mg

30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg

30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg

30 comprimés pelliculés sécables




6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma


7862160236

CILENTRA® 10 mg 

Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



6 118001 300303

CILENTRA® 10 mg 

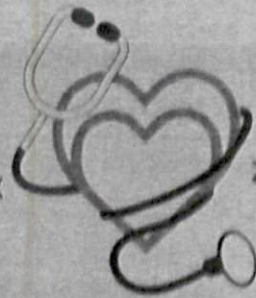
Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



6 118001 300303

Docteur Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux
 Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
 Echo Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السلمي
 أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية
 خريج كلية الطب بباريس
 فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

Patient: ANNA ALAMI Casablanca, le 25 JUN 2020

Traitement de: Labfa
 2x/24h 126,00 S.V.
 Traitement de: 1/24 leuco
 3x/24h 74,00 S.V.
 Traitement de: Detenol 10
 2x/24h 74,00 S.V.
 Traitement de: 1 y leuco
 1x/24h 74,00 S.V.
 Traitement de: Seponil 60
 1x/24h 74,00 S.V.
 Traitement de: 1/24 leuco
 1x/24h 74,00 S.V.
 Traitement de: Anxiol 60
 1x/24h 74,00 S.V.
 Traitement de: Daflo 50
 1x/24h 74,00 S.V.
 Traitement de: 1277,60
 1x/24h 74,00 S.V.

ANDALOUSSI, LATIFA
ID:

0yr
Unknown

Comment:

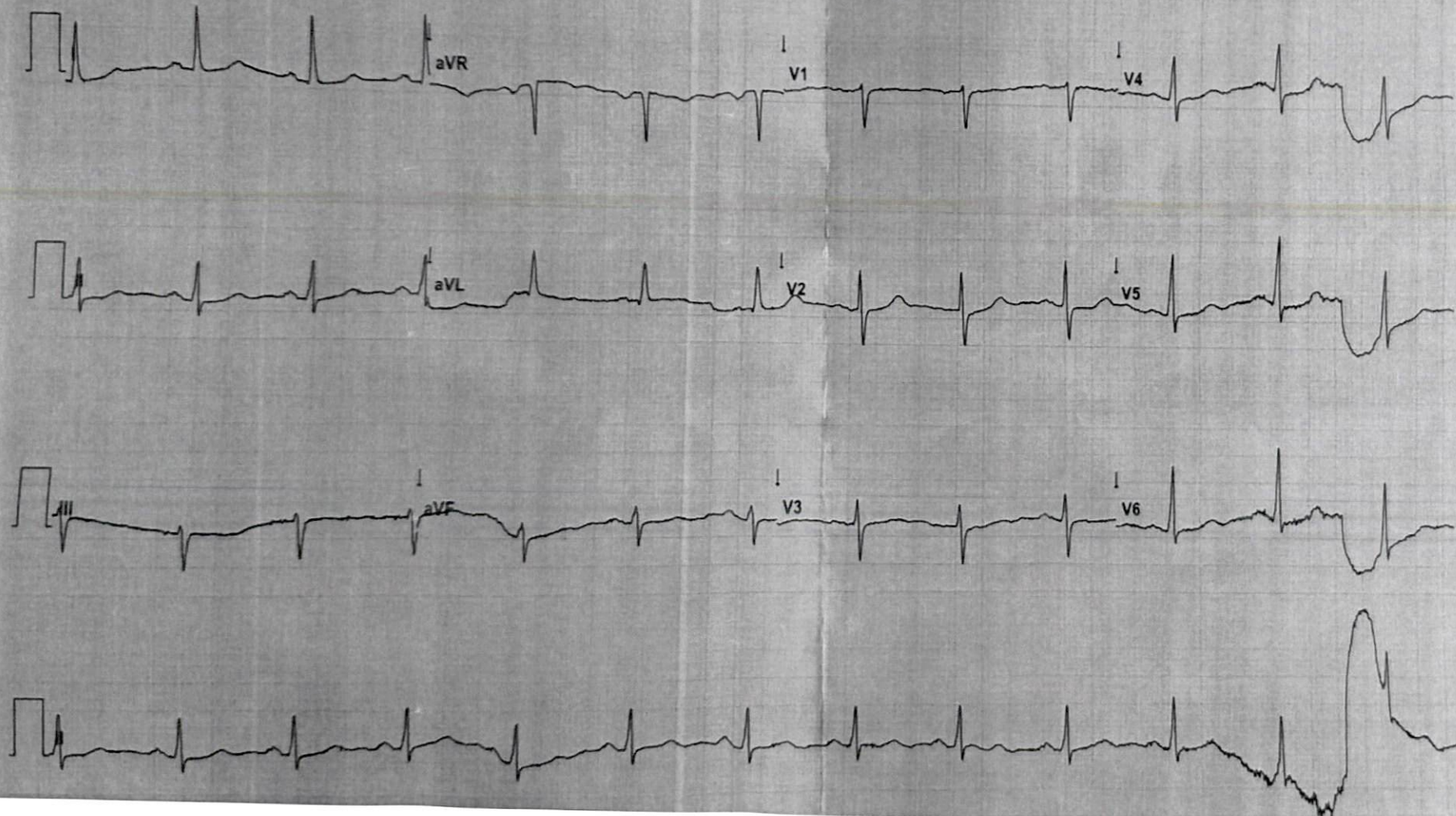
Dr Saad SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mohamed El Mahdi
Tél: 7241 1201 ou 7241 0454

25-Jun-2020 07:49:39

Vent rate: 76 BPM
PR int: 172 ms
QRS dur: 95 ms
QT/QTc: 384 / 414 ms
P-R-T axes: 33 0 48

RYTHME SINUSAL AVEC DE RARES EXTRASYSTOLES VENTRICULAIRES
ANOMALIE NON SPECIFIQUE DE L'ONDE T
ECG ANORMAL
ATTENTION: LA QUALITE DES DONNEES PEUT INFLUENCER L'INTERPRETATION

Revu par _____



	بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 200796766204987	Emis à Casablanca le : 14/07/2020	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation: 186172518 Règlement du mois : 07/2020 Mode de paiement : Virement	ANDALOUSSI LATIFA HADAIK CALIFORNIE APPT 19 IMM C ETG 4 CALIFORNIE CASABLANCA 2000	
	Informations :		

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
ANDALOUSSI LATIFA										
070551365	25/06/2020	CSC	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70	175,00
070551365	25/06/2020	PH	PHARMACIE	528,80	528,80	1,00	1,00	528,80	70	370,16
070551365	25/06/2020	PHN	PHARMACIE	748,80	736,20	1,00	1,00	736,20	00	0,00
Total remboursé pour LATIFA										545,16
Total général remboursé										545,16

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان