

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.

Diagnostique 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 canaux, 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 canaux.

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- 045137

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique 52079 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3094 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAYADI MUSTAPHA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0676099797 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11 / 11 / 2020

Nom et prénom du malade : BAYADI MUSTAPHA Age :

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

Nature de la maladie : D.C.T.

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FASSHI Route d'El Jadida Km 13 Ouled EL ANASSER CASA Tél: 05.20.41.11.92/06.55.42.73.14		375380

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

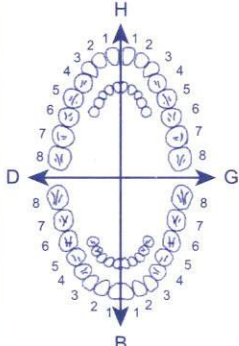
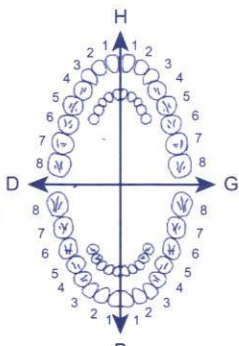
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l

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) 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

Centre D'hémodialyse Dr Jabrane

14, Bd. Yacoub El Mansour - Casablanca

Docteur JABRANE ABDELAZIZ

Spécialiste en Néphrologie - Dialyse

Tél. : 05.22.98.49.55

Fax : 05.22.98.88.05

Urgences : 0661.330.244



الدكتور جبران عبد العزيز
إختصاصي في أمراض الكلي

الهاتف : 05.22.98.49.55

الفاكس : 05.22.98.88.05

المستعجلات : 0661.330.244

Casablanca Le :

11/11/2020

ORDONNANCE

M² BAYADI Youssef

581,00 x 2

- Novamin flexpen (SV)

x 02 Boites

267,00 x 2 doses - 200

- Zivflax 400 mg (SV)

x 02 Boites

189,00 1 Cup / j
- Biominerale 50 Pcs (SV)

x 01 Boite

349,00 x 4 2 fois / j
- Lovenox 4000 (SV)

x 04 Boites

53,00 1 j / j
- DakTarin (SV)

98,80 2 fois / j
- Neofortem 160 (SV)

302 1 Cup x 2 / j
- lasilix 500 (SV)

3753,80 1/4 x 2 1 / j
- doliprane 1000 2 / j (SV) x 02 Boites

INPE: 091079459 - INPEts: 090001355 - Patente: 35802587 - CNSS: 6009345 - IF: 40804331

ICE:001658885000049 E-mail:jabraneaziz@menara.ma

JABRANE Abdelaziz
NEPHROLOGUE
14, Bd. Yacoub El Mansour - Casablanca - Tél: 98.49.55
Route d'El Jadida KM 18
Oudja 37002 - Algérie
Tél: 05.20.01.11.92/06.85.49.73.14

8-9674-73-270-1
NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 581 DH



6 118001 121298

8-9674-73-270-1
NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 581 DH



6 118001 121298

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6

P.P.V. : 349DH00



6 118001 080465

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6

P.P.V. : 349DH00



6 118001 080465

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6

P.P.V. : 349DH00



6 118001 080465

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6

P.P.V. : 349DH00



6 118001 080465

400 يفلوكساسين

LOT: M0411
PER: 09/2022
PPV: 267,00DH

PPV: 14DH00
PER: 09/23
LOT: J2032

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ Casablanca
LASILIX SPECIAL 500MG

B30 CP
PPV : 302,00 DH



6 118001 082901

PPV: 14DH00
PER: 09/23
LOT: J2500

400 يفلوكساسين

LOT: M0411
PER: 09/2022
PPV: 267,00DH

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 980DH00
EXP 05/2023
LOT 04044 2

Daktarin®

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Penata Ain sebaâ Casablanca
Daktarin gel buccal t40g
P.P.V. : 53,00 DH



6 118001 180745

180.00