

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 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.

N° W19-499412

N° D 14926

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

675

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Chanki Kaltoun Vve Karfaoui boulhoub

Date de naissance :

06 39 84 4198

Adresse :

Tél. : 06 20 75 95 00

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

13/11/2019

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :
28
Enfant

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Diabète type II

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) :

AS

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BABARRAYAN AVIBN AL HATTAM N°60 LAAYAYDA SALE	13/11/109	# 105,70 #
PHARMACIE BABARRAYAN AVIBN AL HATTAM N°60 LAAYAYDA SALE	13/11/109	# 221,10 #

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
					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													
		<p style="text-align: center;">H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">G</p> <p style="text-align: center;">B</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<input checked="" type="checkbox"/>		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552														
00000000	00000000														
<input checked="" type="checkbox"/>															
00000000	00000000														
35533411	11433553														
		<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : CHAICI KALTOUN

Présente une cardiopathie Hypertension et diabétique au long cours.

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Cosyprel 5/10 mg/;

Kardelox 75 mg/;

CDNOR 10 mg/;

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

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 BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. Souraya BOUZIDI
BELMAJDOUB HASSANI
Cardiologue

Diplômée de la Faculté de Médecine - Rabat
Diplômée d'échographie cardiaque - Bordeaux
Diplômée de cardiologie pédiatrique - Paris V
Diplôme d'angiologie - Casablanca
Ancienne interne du CHU - Avicenne - Rabat
Ancienne interne des CHU - strasbourg / Paris



عيادة أمراض القلب والشرايين

CABINET DE MALADIES
CARDIOVASCULAIRES

الدكتورة سمية بوزيدي بن المجدوب الحسني
للتخصصية في طب القلب والشرايين

خريجة كلية الطب، جامعة محمد الخامس - الرباط

طبيبة داخلية سابقاً بالمركز الاستشفائي ابن سينا - الرباط

متخصصة في فحص الشرايين بالصدى - كلية ثورو

متخصصة في فحص الشرايين بالصدى

متخصصة في طب القلب عند الأطفال - باريس

طبيبة مقيمة سابقاً بالمستشفيات الجامعية - سترازبورغ / باريس

Date : 13/11/19.

Mme

CHAOUIC

Kalboun

83,70

1^o Romac 300mg

Lepli x 7j

N
PHARMACIE BAB ABBAYAN
AV IBN AL HAYYAM N°60
AV LAAYADA SALE 14 87 37 05
FIX

22,00

2^o Clartec

Lepli le soir

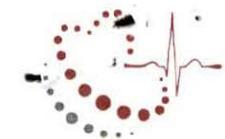
3^o

Poliprane

x 7j

105,70

1cp x 3/j au befor.



عيادة أمراض القلب والشريان

CABINET DE MALADIES
CARDIOVASCULAIRES

الحسني

اط

فنا - الرباط

MAGS0063



6 118001 130290
COSYREL 10mg/10mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 135,60 DH

Servier Maroc - Casablanca

متخصصة في مرض الشرايين بالصدر

متخصصة في طبل القلب عند الاطفال - باريس

طبية مقيدة سابقاً بالمستشفيات الجامعية - سترلزبورغ / باريس

Date : 13-11-19.

Mme

CHAOURI

Kaltoun

135,60

1^o - Cosyrel 100mg

30,70

Scpli ee so

20 -

Kardegic 45m

PHARMACEUTICALS
BAB ARRAS
IBN AL HAYTAM N°50
LAAYAYDA SALE
FIX 05 37 87 14 84

57,80

lefi a 70

30

LDNOR 100mg

Scpli ee so

224,101

30, rue Rhamna, Rés. Alyaa, 2ème étage, n° 18
bd. Elhaouz - Youssoufia - quartier Administratif - Rabat
Tel. : 05 37 65 51 23

زنقة الرحمانية، 30، إقامة علياء، الطابق 2، الرقم 18

شارع الحوز - اليوسفية - الحي الإداري

الهاتف : 0537655123

LOT : 191120
UT AV : 07/2022
PPV:57,80DH

UT.AV.:

LOT N°:

PPV(DH):

مبلغ
10
عن طريق البر

أنتوفاستاتين

نور-لـ

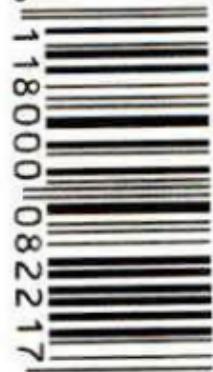
قرصا ملبيسا

30 x 0

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

6




COOPER
PHARMA

clartec®

Loratadine

10 mg

Médicament Antiallergique

Voie orale

10 comprimés

22,00

Clartec 10 mg boîte de 10 comprimés



Laboratoires Pharmaceutiques PHARMEX 5

Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

6 118000 090205



~~8317P~~

LCT 10106032
LCT 1012021
LDP 10107032

~~8317P~~

ROMAC®

roxithromycine

300 mg

ROMAC® 300 mg ○



7 Comprimés