

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.

Médecine 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.

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 caractére personnel.



1127
Déclaration de Maladie
Nº P19- 0041971

66116

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *1127* Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : *R*

Nom & Prénom : *DR. FATIMA*

Date de naissance : *29.12.1965*

Adresse : *509, Rue Coubiniat Casabda*

Tél. : *06033*

Total des frais engagés : *15100,00 Dhs* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *09.03.2021*

Nom et prénom du malade : *DR. F. FATIMA*

Agen

Lien de parenté : Lui-même

Copoint

Enfant

Nature de la maladie : *C - IS*



En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

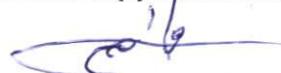
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : *7.4.2021*

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 Pajement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09/03/21 | S | | 300,90 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
| | 09/3/2021 | 4840,00 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient DES TRAVAUX |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |
| G | | |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ahmed SETTI

Cardiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille

Ancien Médecin des Hôpitaux de France

الدكتور أحمد السطي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خرج كلية الطب بيلد

طب سافا مستفيات فرنسا



Cabinet de Consultations

et d'Explorations Cardio-Vasculaires

P.H.R.A.M.
ASSOCIATION
Sidi Kader LEGENIE
TAN 05.52.2021

09/03/2021 -

Rue Drifi

CASIMIR

$$270 \times 3 = 810 \text{ Copaxone } 25 \times 1$$

(S.V)

$$147,40 \times 3 = 442,20 \text{ Zofenox } 10 \times 1$$

(S.V)

$$405 \times 6 = 2430 \text{ Ferio } 10 \times 2$$

(S.V) 3m

$$302 \times 2 \text{ X laonix special } 1/2 \text{ i } 1/4 \text{ V}$$

(S.V)

$$= 604 Alpraz 1 1$$

(S.V)

$$35,70 \times 6 = 214,20 \text{ Stilnox } 1/2$$

(S.V) 4840

$$56,60 \times 6 = 339,60$$

(S.V)



LOT
DATE
EXPIRY
EXPIRATION
ROUTE
ROUTE DE RABAT - R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
Coplaxix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH
6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
Coplaxix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH
6 118001 082018

35,70
Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
Coplaxix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH
6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
LAS LIX SPECIAL 500MG
B30 CP
PPV : 302,00 DH
6 118001 082001

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
Coplaxix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH
6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
LASILIX SPECIAL 500MG
B30 CP
PPV : 302,00 DH
6 118001 082001

LOT
ROUTE
ROUTE DE RABAT - R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
LASILIX SPECIAL 500MG
B30 CP
PPV : 302,00 DH
6 118001 082001
35,70
202504
2023
35,70

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



ROZAT® 10 mg
Rosuvastatine
28 comprimés pelliculés



ROZAT® 10 mg
Rosuvastatine
28 comprimés pelliculés



ROZAT® 10 mg
Rosuvastatine
28 comprimés pelliculés



PPV : 147DH40
PER : 12/22
LOT : J3318

PPV : 147DH40
PER : 12/22
LOT : J3318

PPV : 147DH40
PER : 12/22
LOT : J3318

Alpraz® 1 mg
14 comprimés sécables



Alpraz® 1 mg
14 comprimés sécables



Alpraz® 1 mg
14 comprimés sécables



Alpraz® 1 mg
14 comprimés sécables



LOT : 20E008
PER : 07/2024
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
6 118000 061465

LOT : 20E008
PER : 07/2024
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
6 118000 061465

LOT : 20E005
PER : 05/2024
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
6 118000 061465

LOT : 20E005
PER : 05/2024
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
6 118000 061465

LOT : 20E008
PER : 07/2024
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
6 118000 061465

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



Alpraz® 1 mg
14 comprimés sécables



2028551
12023
35,70