

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 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 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° M21- 0050216

N°D: 74293

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

CA

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1178 Société : P.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAFRINDI MOHAMED

Date de naissance : 01-08-1948

Adresse : EL JADIDA

Tél. 0611463932 Total des frais engagés : 727,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/06/2021

Nom et prénom du malade : LAFRINDI Mohamed Age: 1948

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

Nature de la maladie : Diabète + trouble mineur de la vue

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 : EL JADIDA

Le : 01/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
01/06/21			100 DH	<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture



01/06/21

727.80

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

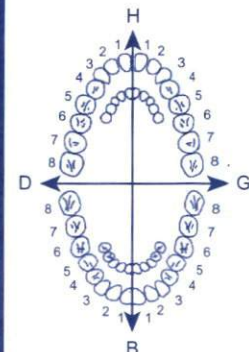
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR AICHA EL BELIDI

Médecine Générale

D.U gynécologie obstétrique médicale

Infertilité du couple - Colposcopie

Faculté de médecine Mohamed V

Rabat-Souissi



الدكتورة عائشة البلعدي

الطب العام

دبلوم جامعي في طب النساء والعقم

عند المرأة و الرجل. الفحص بالجرهر

بكلية الطب جامعة محمد الخامس

بالرباط السويصي



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

El Jadida 01/06/2021 الجديدة في



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

MR LAFRINDI MOHAMED



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



89,00

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



LOT : 201419
UT AV : 10/2023
PPV : 57,80 DH

LOT : 201419
UT AV : 10/2023
PPV : 57,80 DH

LOT : 201419
UT AV : 10/2023
PPV : 57,80 DH

LOT : 201419
UT AV : 10/2023
PPV : 57,80 DH

LOT : 201419
UT AV : 10/2023
PPV : 57,80 DH

LOT : 201419
UT AV : 10/2023
PPV : 57,80 DH

LOT : 201419
UT AV : 10/2023
PPV : 57,80 DH

LOT : 201419
UT AV : 10/2023
PPV : 57,80 DH

LOT : 201419
UT AV : 10/2023
PPV : 57,80 DH

W.30 X6

4s

2/ Ventoline 100 mg

89,00

2/ Diamium 30 mg

22,70 x 2

3/ Cardioaspirine 100 mg

57,80 x 2

4/ Costal 10 mg

98,00 x 2

5/ Tamsulosine LP 0,4 mg

727,80



LOT : 201E008
PER : 03/2023
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V. : 98DH00



LOT : 201E009
PER : 03/2023
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V. : 98DH00



6 118000 062257

Dr EL BELIDI Aicha
Médecine Générale
Infertilité du couple
Colposcopie
Hay Essalam 1, Imm 715 N°1 - 1er Etage - El Jadida

Hay Essalam 1, Imm 715 N°1 - 1er Etage - El Jadida

حي السلام 1، عمارة 715 رقم 1 الطابق الأول - الجديدة

Gsm : 06 12 02 94 76 : المحمول