

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.

Biologie 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 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.

N° M21- 0050120
ND: 79048

 Optique Autres Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04898 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL FARAJ FATHIA

Date de naissance : 14/10/13

Adresse : 04, Rue FATHI KHALIFA CASA

Tél. : Total des frais engagés : 1246,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. FASIA
Anesthésie-Réanimation

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Porteur d'un cancer

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) : El Faraj Fathia



27 JUL. 2021

Le 10.06.2021

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 Paiement des Actes
10/06/2021		12	Gratuit	RETRAITÉ LEASLA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE 1. BERRADA Lalla Youssouf N°: 052223543-CA31</i>	10.06.21	1246,30

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	

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

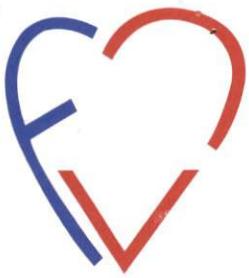
The diagram shows a 10x10 grid with a path from point D (bottom-left) to point H (top-center). The path consists of circles containing numbers. The sequence of numbers along the path is: D (8), 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, H (1), 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. The path starts at (D, 8), moves right to (7, 8), down to (7, 7), left to (6, 7), up to (6, 6), right to (5, 6), down to (5, 5), left to (4, 5), up to (4, 4), right to (3, 4), down to (3, 3), left to (2, 3), up to (2, 2), right to (1, 2), and finally up to (H, 1).

(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



CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصحة القلب والشرايين فرنس ڨيل

Clinique Franceville

Casablanca le 10/06/2021

Prescription médicale

Mr EL FARAJ FATIHA

1. Lanprod 30mg 1 gel / j le soir
2. Aclav 1g 1 sachet x3/j pdt 7 jours
3. Doliprane 1g 1cp x 3/j
4. Lasilix 40mg 1 cp /j matin
5. Kcl sirop 1 cas x 3/j
6. Muxol sirop 1 cas x3/j pdt 15j
7. Cardio aspirine 100 mg 1cp / midi
8. Cardensiel 2.5mg 1/2cp /j matin
9. Tardyferon 80mg 1cp x2/j matin et soir
10. Crestor 20mg 1cp /j soir
11. Dimazol 10mg 1cp/j matin
12. Galvus 50mg 1cp/j midi
13. Amep 5mg 1cp/j matin

RDV DR SIBAI AU CABINET



LOT: 314
PER: FEV 2023
PPV: 80 DH 00

كيسا 24
LOT : 5387
PER : 12-22
P.P.V : 187DH00

PPV:14DH00
PER:03/24
LOT:K893

LASILIX 40MG
20CP SEC
LOT: 21802
P.P.V: 34DH60



PPV 24DH60 | EXP 01/2024
LOT 00055 2

PPV (DH) :
LOT N° :
UT. AV. :

38.80

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



6 118001 100859
Cardensiel 2,5mg B30
PPV: 50,70 DH

319334

6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 20mg cp pell b30
P.P.V : 261,00 DH



6118001031030
Galvus® 50 mg
Boite de 60 comprimes.
PPV : 390 DH

49,40