

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-665990

92590



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 330		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom :		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. : 0653276620	Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
 GSM: 0613 02 02 44 - 05 22 69 27 41 / 05 22 69 27 41		
Date de consultation :	10/11/2021	Age:
Nom et prénom du malade :	JABLINE Meena	Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	cardiopathie ischémique	
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
10/11/2021	(en 1/10)			<i>G. A. M. S. M. 05 22 69 00 25</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>CEPTEA - Tel: 05 35 44 11 44</i>	10/11/21	668,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	MONTANTS DES SOINS
	DEBUT D'EXECUTION
	FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	MONTANTS DES SOINS
	DATE DU DEVIS
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	DATE DE L'EXECUTION
H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



طبيبة داخلية سابقاً بالمركز الاستشفائي ابن رشد
diplôme فحص القلب بالصدى بجامعة بودو (فرنسا)
تخطيط القلب - فحص القلب بالصدى
الفحص المستمر لدقائق القلب والضغط الدموي
اختبار الجهد

- Ancienne interne au CHU Ibn Rochd
- Diplôme d'échocardiographie doppler de l'Université Victor Segalen de Bordeaux (France)
- Electrocardiogramme - Echocardiographie doppler holter rythmique et tensionnel Epreuve d'effort

Casablanca le :

10/11/2021

^{me}

~~168.90 M~~ JABLINA Nina

~~63.30~~

- tritazide 10 (S.V.)

~~50.70~~ 1 - 0 - 0

- cardensiel 2.5

~~103.40~~ 1 - 0 - 0 (S.V.)

- Tabor 20 1 (S.V.)

~~316.08~~ 1 - 0 - 1 (S.V.)

- Planix 45 (S.V.)

A nevoir 21.89 1 - 0 - 1

(III) 1 neu Aspegic 100 (S.V.)

de 113.78 1 - 0 - 0 Ranciphex 20 (S.V.)

1 - 0 - 1

PHARMACE RYAD AL FATH SARL
6, Im. 14 GHZ, El Fath III
Casablanca - Tel: 0522 89 35 44

0522 690 025

0613 02 02 44

548، الحاج فاتح، شارع واد الموردة الطبق الثاني (مع المصعد) [قبالة التجاري وفا بنك] - الولفة - الدار البيضاء

548, Hadj Fateh Bd. Oued Daoura 2ème Etage - El Oulfa - Casablanca

[Avec Ascenseur] [en face de Attijari Wafa Bank]

| @ E-mail: drnajoua.yamoul@gmail.com |



63,30

Tritazide® 10mg/12,5mg
28 Comprimés



6 118001 081721



6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
7862160246

PPV: 50,70 DHS

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebââ Casablanca
Plavix 75 mg cp pel b 28
P.P.V : 316,00 DH
6 118001 081257

TAHOR® 20mg
28 comprimés pelliculés



6 118000 250807

UT. AV. :
2024 103 40
LOT N° : 1301358

P.P.V

U.I. : 21E002
PER.: 10 mois

**ASPEGIC 100MG
SACHETS B20**

P.P.V : 21DH00



RANCIPHEX® 20 mg
28 comprimés gastro-résistant
Voie orale



09366138/3

103,40