

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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.

entaire :

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

Reclamation : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 463 Société : 104875

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HALoui LATIFA et HEMMI ABdelkader

Date de naissance : 20/5/1946

Adresse : AZharri II Rue 75 N° 46 El Oulfa casa

Tél. 0664772325

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur FAIZA DAFQUIR
Médecin Chef par intérim
CS Moulay Youssef
Délégation Casa / Anfa

Date de consultation : 11/1/2022

Nom et prénom du malade : Haloui latifa ve Himm Age : 76

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Covid 19

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
11/11/2022	C	G		Docteur FAIZA DAFOUR Médecin chef par interim Médecin Voussel Anfa

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXiliaires MÉDICALS

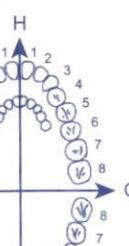
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
					
MONTANTS DES SOINS					
DEBUT D'EXECUTION					
FIN D'EXECUTION					
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} $				
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} $				
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} $				
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} $				
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} $				
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} $				
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} $				
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} $				
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} $				
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} $				
MONTANTS DES SOINS					
DATE DU DEVIS					
DATE DE L'EXECUTION					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SAIB
ORDONNANCE

Mme HABLOU Table

Le: 11/1/2022

1) Filthronex ep 50
15.70 1cp 5 pottas/jour

2) Orken ep 200 mg (2boute)
116.30 x 2 1cp x 25

3) Betastrene 2mg
36.60 x 2 3cp 15

4) Bioranac cp 500mg
69.00 1cp 5 pottas/jour

5) Cardiopasine ep
22.70 1cp 15

Van

acine/Levofloxacine
LOT: M0573
PER: 07/2023
PPV: 69.00 DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique
P.P.V. : 27.70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Sarofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain tebâa Casablanca
Orken 200 mg. cp bel b
P.P.V.: 116,30 DH Bel b
6 118000 051069

Sarofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain tebâa Casablanca
Orken 200 mg. cp bel b
P.P.V.: 116,30 DH Bel b
6 118000 051069

PHARMAS
LOT : 3799
UT.AV : 10-24
PPV : 36DH60

PHARMAS
LOT : 4554
UT.AV : 11-24
PPV : 36DH60

89.65
6) D3 Norm forte
10 gouttes



Lot: 210644
A consommer
avant le: 09/2024
PPC: 89,50 DH

52.80
7) Oedex 20 mg 1 gel

LOT: 2015,87
EXP: 05/2023
PPV: 52.80 DH

22.70 1 sachet x 2f

22.70

9) Dolipore 500 mg

PPV: 10DH30
PER: 07/24
LOT: K1890

10.30 1 gpx 2f

10) Apofer plus

89.95

PHARMACIE SAIB
SARL - AU
Dr. Zaharia S.A.I.A
154 Bd Oued Douira
El Azhari - Oulfa Casab
Tél: 06 22 91 16 54

Docteur FAIZA DAFQUIR
Medecin Chef par Interim
CS Moulay Youssef
Délégué au Casab / Anfa