

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.

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

M22- 0006530

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1178 Société : RAO 1.18499

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAFRINDI YOHIA TEGD

Date de naissance : 01-08-1948

Adresse : EL JADIDA

Tél. 0661463932 Total des frais engagés : 782,800 + 100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/05/2022

Nom et prénom du malade : LAFRINDI Yohia Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ATA Pathologie : Maladie qui répète

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 26/05/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0006530

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1178

Nom de l'adhérent(e) : LAFRINDI

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 782,800 + 100

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26/05/2022 | Actes 100 | 100 | 100,00 | Dr. A. Aïcha Médecin Généraliste Aïcha Aïcha |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| | 26/05/2022 | 782,80 |

ANALYSES - RADIographies

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|--|---|----------------------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | Coefficient des Travaux |
| | H 25533412 00000000 35533411 | 21433552 00000000 11433553 | G B | |
| | | | | |
| | | | | |
| [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

Dr. AICHA BELIDI

Médecine Générale

D.U gynécologue obstétrique médicale
Infertilité du couple – Colposcopie
Faculté de médecine Mohammed V
Rabat-Souissi

الدكتورة عائشة البليعيدي

الطب العام

البلوم جامعي في طب النساء والعمق
عند المرأة والرجل. الفحص بالمجهر
 بكلية الطب جامعة محمد الخامس
باربطة السويسى



الجديدة في : ٢٦/٥/٢٠٢٢ El Jadida :

LAFRINDI Stéphanie

٤٦.٣٠٢٦

١٢) Ventoline ١٥



٤٨.٥٠
٩١) Hydrocodone ٥٠ mg ٣٠



٢٧.٧٠٣
٣١) Codeine aspiate ١٥ mg ٣٠



٤٧.٨٠٣
٤٣) Cital ١٥ mg ٣٠



٩٨.٠٠٢
٦١) TAM sulofazine ٦٠ mg ٤٤



٢٠٢٢,٢٦





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



VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH



VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

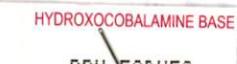
PPV 45,30 DH



VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH



PPV 580DH50

TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30

P.P.V :98DH00



TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30

P.P.V :98DH00



9 118001 090280
Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280
Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

LOT : 210736

EXP : 09/2024

PPV : 57,80DH

LOT N° :

LOT : 211299

EXP : 09/2024

PPV : 57,80DH

LOT N° :

LOT : 211299

EXP : 09/2024

PPV : 57,80DH

PER.:08/2023

LOT : 21E004

TAMSULOSINE WIN LP

0,4MG GELU B30

P.P.V :98DH00



PER.:03/2023

LOT : 21E002

TAMSULOSINE WIN LP

0,4MG GELU B30

P.P.V :98DH00

