

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

27/09/2022

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2525

Société : RAD.

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom :

ZOUINE ABDEL KARIM

Date de naissance :

15/06/1948

Adresse :

Qu. FB Nou EL KATANE 1er
Etag. Apt N° 2 TAARIF CASA

Télé:

0658903371 Total des frais engagés : 1216,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

05/09/2022

Nom et prénom du malade :

SADAWI KHADISIA

Age : 1968

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

EPATRI PARIS

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : RBC + HGA

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 : 7/09/2022

Signature de l'adhérent[e] :



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
01/01/22	CST ECG		15000 10000	Dr. S. MASSI N°21161-11762-6504 tel: 05 24 91 62 62 NPE: 91170670

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES MAUSOLEES Dr. SIJEL MASSI Bouchra 20, Rue Mausole d. Hôpitaux Casablanca 14-05 22 86 28 99	05/01/22	066,60

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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
				Montants des Soins
				Début d'Execution
				Fin d'Execution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



Casablanca, le : 05/09/2022

Nom et Prénom :

SADAWI Khadija

PPV : 134DH30

Lot n° :

Exp. :

$134,00 + 3 = 140,00$

CO IRBESAR 150/12.5

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

73,50

AVARICON CREME

1 application, matin et soir

370,00

REXABAN 20

1 comprimé le matin, pendant 1 mois

109,00

DSTRESS

1 comprimé, matin et soir

PHARMACIE DES MAUSOLEES
Dr. SMEIMASSI Bouchra
30 Rue Maâoulâ O. Hôpitaux
Casa - Tél: 05 22 86 28 99

PPV : 134DH30

Lot n° :

Exp. :

$\cancel{= 966,60}$

Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
Rue 2 N° 61 - 1er Etage - Casablanca
Tél : 05 22 91 07 62 - 06 54 72 170
INPE: 9117

PPV : 134DH30

Lot n° :

Exp. :

D-Stress®

Contient du magnésium, de la taurine,
de l'arginine et des vitamines B.

GÉREZ LE STRESS¹
**RÉDUIRE
LA FATIGUE²**

Lot:

DS01/22
01/2025

DLC:

P.P.C : 109,00 DH

6

118000 072683



28 comprimés pelliculés

Rexabdan 20 mg

من طريق الفم

28

جـ 20

ریکاروکسپان
Rexabdan®



٦٠٦٨٥

MODE D'UTILISATION: appliquer en couche mince 2 à 4 fois en massant légèrement. Conserver à une température inférieure à 25°C.

Usage externe uniquement. Ne pas appliquer sur une blessure.



PHARMANOVA

Fabricant :
Pharmanova d.o.o.
Industriska street no. 8,
Obrenovac
Srbija

Disponibilité :
FS P
Bati
Parc
Boulevard

AVARICON
PPC: 83,90 DH

AVARICON
CRÈME

Lot N°: 0171121
Date Fabrication: 11.2021
Date Expiration: 11.2023.



valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr. Meftah El Hachemi
CARDIOLOGISTE
RUE N° 61 - 10 ème étage R.F. Chancery - EL OUAID
TELE : 05 22 91 07 62 - 05 22 72 39 14
INPE : 94 47 88 70

Certifie que Mlle, Mme, M. :

SAMANIA HAFID

Présente

CHRONIQUE PRESTIGE

Nécessitant un traitement d'une durée de :

A vie

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

NEOSTROGAN

600 mg par jour

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

71.447

5-Sep-2022 14:54:07 Fréq. Card.: 60 BPM
 Axes P-R-T: 5 -18 42 Int PR: 195ms
 Dur.QRS: 101ms QT/QTc: 395/395ms

ID:
 D-naiss:
 ans,

I

II

III

aVR

aVL

aVF

5-Sep-2022 14:54:07

Dr.Mehdi BENJELLOUN 114330225506
CARDIOLOGUE
 Rue 2, N° 60 - 1er Etage RP Chahdia - El Oued
 Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
 INPE: 971170670

SANS RYTHME
 SSIRAHOUA

V1

V2

V3

V4

V5

V6

114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site * 0 App.* 0

Version 2.0.3.5 Séquence *24979 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz