

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Déclaration de Maladie

N° W21-631122

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4517 Société : 29730

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : YAHIA KHALID

Nom & Prénom : YAHIA KHALID

Date de naissance : 29/06/62

Adresse : 2 RUE AIR MELLOUL AN. LEROUINE SOUSSES

Tél. : 0661197536 Total des frais engagés : # 960,40 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr MARZOUKI M^{me} SALIM
Néphrologie - Hémodialyse
Centre de dialyse AL KILYA - Témara
INPE : 101168474

Date de consultation : 27/07/2022 + 08/08/2022

Nom et prénom du malade : M^{re} KHALID YAHIA

Age : 60

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Toux + fièvre (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 : CASABLANCA

Le : 27/07/22

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	----------------------------------------------------------------

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Signature]	27/03/24	61770
[Signature]	03/08/22	9250

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Maladies des reins - Hémodialyse
Lithiases rénales
Hypertension artérielle - Néphropathies diabétiques
Bilan et suivi de transplantation rénale

Centre de Dialyse
AL KILYA

مركز تصفية الدم
الكلية

أمراض الكلى - تصفية الدم
حصى الكلى - ارتفاع ضغط الدم
إعتلال الكلية السكري
زرع الكلى

Ordonnance

Témaracle

27/07/2022

M./Mme :

7 khalid YAHYA

3 x 79.70
235.10

1) AZIP 500mg 1cp/

2) 26.30
40.95 1000mg 1x

3) ZINASKIN 45 mg 1x

4) 3 x 82.10
246.30
INEXIUM 1cp

5) 49.6
D une forte boisson buvable

T = 617.7

79.70
PPV 79DH70
PER 07/22
LOT 11841
79.70
PPV 79DH70
PER 09/22
LOT 12151
79.70
PPV 79DH70
PER 10/21
LOT H2054

ZINASKIN 45 mg

PPV 40DH90

EXP 12/2024

ZINASKIN 45 mg
20 comprimés effervescents

20 compri

6 118000 032090

PPV: 49.50 DH
LOT: 217/2022
EXP: 11/2024

3 ampoules buvables

6 118000 032090

Vita C1000

PPV 150H30
EXP 00/2024

Vita C1000
10 Comprimés effervescents

6 118000 032069

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boîte 14
640N5DMP/21NRQ P.P.V: 82.10 DH

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boîte 14
640N5DMP/21NRQ P.P.V: 82.10 DH

6 118000 020591

VITAMINE C 1g

Boîte de 20 comprimés effervescents

P.P.V: 26.50 DH

6 118000 190936

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubier bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boîte 14

640N5DMP/21NRQ P.P.V: 82.10 DH

6 118000 020591

gel VI - Témar

emara@gmail

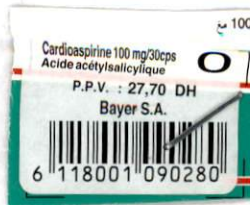
يحفظ بعيدا عن ال

Ordonnance

Témara, le 03/08/2022

M/Mme :

M^r KHALID YAHYA



22.7
① Cardio aspirine 100-7

65.00
② ORAL pred 20 - 22.7

Pharmacie Benmaklem
Dr. BENMELLOUK
3, Av. Zehoufoussi - Témara
Tél: 05 37 63 68 64
INPE: 102015153

Dr. MARZOUK SALIM
Néphrologie - Hémodialyse
Centre de dialyse AL KILYA - Témara
INPE: 1011684

