

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W21-631122

Maladie Dentaire Optique Autres
 Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 4517 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : YAHIA KHALID

Date de naissance : 29/06/62

Adresse : 2 RUE AIR MELLOU, Av. FAROUK SOUSSES

Tél. : 0661197536 Total des frais engagés : # 960,60 # 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 + 03/08/2022

Nom et prénom du malade :

M^r 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 :

CASA

Le :

27 07 22

Signature de l'adhérent(e) :

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
27/07/22	C2		920	INP : <input type="text"/>
03/08/22	C2			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/07/22	61770
	03/08/22	9200

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	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 :

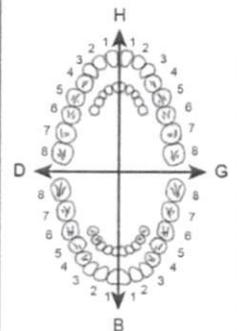
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D		B	
00000000	00000000		
35533411	11433553		



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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

Témara

27/07/2022

M./Mme :

M. Khalid YAHYA

3 x 79.70
239.10

1) AZIP 500mg 1cp/1

2) 26.30
26.30
3) 40.95 Vita 1000mg 1x

4) ZINASKIN 45 mg 1x

5) 3 x 49.6
148.8
6) INEXIUM 10 1cp/1

7) D une forte 1 amp 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
LOT 10000000

20 comprimés

ZINASKIN 45 mg
20 comprimés effervescents



PPV: 40DH90
LOT: 1170000004

3 ampoules buvables

3010231008119
1180000320103

Vita C1000

PPV 150430
EVD 001202

Vita C1000
10 Comprimés effervescents

6 118000 032069

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al ouam roches noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boîte 14
6401SDMP 21NRQ P.P.V.: 82,10 DH

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al ouam roches noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boîte 14
6401SDMP 21NRQ P.P.V.: 82,10 DH
6 118001 020591

VITAMINE C 1g
Boîte de 20 comprimés effervescents

P.P.V.: 26,50 DH
6 118000 190936

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al ouam roches noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boîte 14
6401SDMP 21NRQ P.P.V.: 82,10 DH
6 118001 020591

gel VI - Téma
emara@gmail

يحفظ بعيدا عن ال

Ordonnance

Témara, 03/08/2022

M./Mme :

M^r KHAALID
-
YAHYA



27.7
① Cardio aspirine 1007

65.00
② ORAL pred 200
229/1

Pharmacie Benmakoum
Dr. BENMELLOUK SALIM
3, Av. Zehoufoussi-Kabon
Tél: 05 37 63 68 64
INPE: 102015153

Salim
② 05,7
229/1



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