

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.

Ontique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entête 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 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

- 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horige Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº W19-506475

Autres

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	8192	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EDDERKAÏE Ahmed			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	Total des frais engagés : 5156,30 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/		
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : _____

Signature of Deponent(s):

Red

[Signature]

[View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#)

10. The following table shows the number of hours worked by 1000 employees in a company.

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie AL WOURoud cler 3, N°3482, Al Wihad Temara - Casablanca 5185	16/08/22	5156,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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'ODP															
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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	35533411	11433553	B		
		H	G												
		25533412 00000000	21433552 00000000												
		D	G												
35533411		11433553													
B															
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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															

Docteur Hassan EL GHOMARI
Professeur à la F.M.P.C

Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie
 Nutrition & Croissance
 Ancien Attaché à l'hôpital Saint Luc
 de Montréal - Canada



Casablanca, le :

16/08/22

Mr. EDDEKKAKI Ahmed

RYSODEG FLEX TOUCH

28 ui midi pendant 3 Mois

JANUMET 50/1000

1-0-1 pendant 3 Mois

HYTACAND 16MG/12.5MG

1-0-0 pendant 3 Mois

AMLOR 10 MG

0-0-1 pendant 3 Mois

CRESTOR 10 MG

0-0-1 pendant 3 Mois

Maphar
 Bd Aïkima N° 6, Ql,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Crestor 10mg cp pell b30
 P.P.V : 185,70 DH

5x3ml
 Ryzodeg® FlexTouch®
 100 unités/ml
 Solution injectable en stylo prérempli
 Insuline dégluclée/insuline Asparte
 PPV : 1182,00 MAD

5x3ml
 Ryzodeg® FlexTouch®
 100 unités/ml
 Solution injectable en stylo prérempli
 Insuline dégluclée/insuline Asparte
 PPV : 1182,00 MAD

102078698

Maphar
 Bd Aïkima N° 6, Ql,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Crestor 10mg cp pell b30
 P.P.V : 185,70 DH

5x3ml
 Ryzodeg® FlexTouch®
 100 unités/ml
 Solution injectable en stylo prérempli
 Insuline dégluclée/insuline Asparte
 PPV : 1182,00 MAD

Dr Hassan EL GHOMARI
 Endocrinology

Maphar
 Bd Aïkima N° 6, Ql,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Crestor 10mg cp pell b30
 P.P.V : 185,70 DH

5x3ml
 Ryzodeg® FlexTouch®
 100 unités/ml
 Solution injectable en stylo prérempli
 Insuline dégluclée/insuline Asparte
 PPV : 1182,00 MAD

رقم 313 - الدار البيضاء

Abdelmoumen Center, Ans

E-mail : hassanelghomari@yahoo.fr - البريد الإلكتروني : Tél. : 05 22 00 ..

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

UT.AV : 04 25

P.P.V.

9 8 9 0

UT.AV : 12 24

P.P.V.

9 8 9 0

LOT N° : FT3821

5x3ml
 Ryzodeg® FlexTouch®
 100 unités/ml
 Solution injectable en stylo prérempli
 Insuline dégluclée/insuline Asparte
 PPV : 1182,00 MAD

5x3ml
 Ryzodeg® FlexTouch®
 100 unités/ml
 Solution injectable en stylo prérempli
 Insuline dégluclée/insuline Asparte
 PPV : 1182,00 MAD

Distribué par MSD MAROC.
 AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH

P.P.V: 437,00 DH.

P.P.V: 437,00 DH.

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair beno al aquam roches
 noires casablanca
 HYTACAND

16 mg/12,5 mg
 Bte de 30
 29 DMP/21/NRQ
 P.P.V: 176,20 DH

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair beno al aquam roches
 noires casablanca
 HYTACAND

16 mg/12,5 mg
 Bte de 30
 29 DMP/21/NRQ
 P.P.V: 176,20 DH

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair beno al aquam roches
 noires casablanca
 HYTACAND

16 mg/12,5 mg
 Bte de 30
 29 DMP/21/NRQ
 P.P.V: 176,20 DH

مركز عبد الله
 Casablanca

الهاتف :

