

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10349 Société : RAM 137847

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Zouafji EL Zorata

Date de naissance : 27-09-1958

Adresse : La maison

Tél. : 0658607864 Total des frais engagés : .Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31 OCT 2022

Nom et prénom du malade : Zouafji Z. Restapha Age: 64

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DT

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : DT 2

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 blanca Le : 17/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :



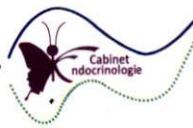
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
1 OCT. 2022 22/10/2022	cal	gut 8	700\$	DR. MONTAIGNE Spécialiste en Médecine générale et Médecine interdisciplinaire
				Dr. MONTAIGNE
				Spécialiste en Médecine générale
				et Médecine interdisciplinaire

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE LAAFOU Rue 34 Local N°43 Casablanca Tel: 0524-813242-2127 Fax: 0522,813242	31/10/22	3.815.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient													
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	11433553	B	35533411	
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	G	00000000	11433553														
	B	35533411															
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
	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"/>																	



ORDONNANCE

Casablanca, le 31 OCT. 2022

Zouafi 20 Nastafa.

~~M100 X7~~

11 Humalys N°c 50

SV

32 - les l - t

10 nts le midi

14 nts le r

~~41900 X3~~

2/ Forescija 20

SV

~~25500 X3~~ 1 cp le matin (avant le repas)

3/ Roswas Snc ado

SV

1 cp le a au dîner du dîner

~~6800 X4~~

4/ Dipidicas 5

CV

SV

(mede)

~~18520 X4~~

5/ Suliat 2

cp le 180 / 185 HT

1 cp le matin

SV

(mede)

~~23815.00~~

Draouinatiyousra@gmail.com

05 20 15 65 36 / 06 90 88 94 83

forxiga®

Dap

Maphar
Bd Alkimiia N° 8, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V : 419,00 DH

6 118001 185023

Maphar
Bd Alkimiia N° 8, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V : 419,00 DH

6 118001 185023

Maphar
Bd Alkimiia N° 8, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V : 419,00 DH

6 118001 185023

28 comprimés

Sulict® HCT

185,20

185,20

28

185,80

Comprimés p

Voie Or

500733a

30 Comprimés

Voie orale

A F R I C - P A H A R

DIPICOR® 5 mg

PPV 68DH80

EXP 01/2025

LOT 10065 1

PPV 68DH80

EXP 06/2024

LOT 16097 1

PPV 68DH80

EXP 01/2025

LOT 10065 1

EXP 10/2024

LOT 19050 1

LOT D390843Y.1
UT AV 01 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069H.4
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D457343F.1
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069H.4
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D390843J.3
UT AV 01 2024
PPV 111.00 DH

LOT D390843Y.1
UT AV 01 2024
PPV 111.00 DH

LOT D390843Y.1
UT AV 01 2024
PPV 111.00 DH

SUN PHARMACEUTICALS
Morocco LLC
169, Avenue Hassan 1er, 20070 Casablanca.
Fabriqué par : AFRIC-PHAR
Route régionale n° 322, Km 12,400 Aïn Harrouda
28 630 Casablanca.

Rosuvas® SUN

Rosuvastatine



PPV : 255DH00

Médicament Autorisé N°
707/16DMP/2/UNCD

Respecter les doses prescrites
احترم дозы прописанные

Lot.:	255DH00	(Liste I)
Exp.:	11.2023	
PPV:	255DH00	
Lot n°:		
EXP:		
PPV:	255 DH 00	

20 mg
30 Comprimés pelliculés
Voie orale