

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.

Nº W21-722236

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricole : 04 9 30 Société : PAIM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RAFAA HASNA

Date de naissance : 31/16/64

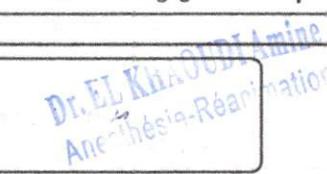
Adresse : Habi Luelle

Tél. 0666199817

Total des frais engagés : 745,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/11/89

Nom et prénom du malade :

Age: 58

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

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 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 : 05/11/2013

Le : 09/11/2013

Signature de l'adhérent(e) :

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
28/11/2023	10	gratuit		INP : PS1256263 Dr EL KHADDOUKI AY

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
28/11/22 28-11-22	2023-2023	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

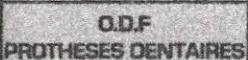
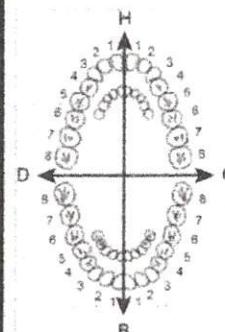
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	7/15/03		

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

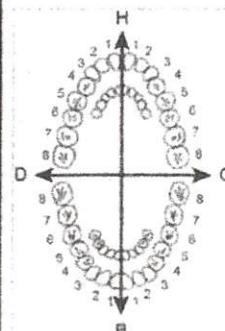
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433582
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433583
B	P

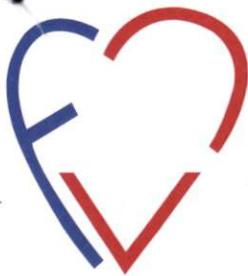
[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
<hr/>	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	
<hr/>	
T DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	



CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصحة القلب والشرايين فرنس قيل

Clinique Franceville

Département anesthésie réanimation Cardiovasculaire

Dr A. FASLA

Dr A. ELKHAOUDI

Dr B. BENSGHIR

Casablanca le 28/11/2022

Prescription médicale de sortie



LOT: 362
PER: DEC 2024
PPV: 42 DH 00

Mr : BABA HASSAN

PHARMACIE LA BRISE
Dr SELASSI Narjiss
38, Rue Abou Abdell Azfi Maârif Casa
Tél: 0522 99 07 10 - GSM: 0622 92 10 70
ICE: 001688165000012

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Plavix 75 mg cp pel b 28
P.P.V : 316,00 DH

6 118001 081257

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

L01 : 22E009
PER.34 2026
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60

6 118000 060468



89,70

1. Lanprol 30 mg 1 gel / jour Soir

2. Plavix 75 mg 2 cp / jour Matin

3. Cardioaspirine 100 mg 1 cp / jour Mid

4. Tahor 80 mg 1 cp / jour Soir

5. Lasilix 40 mg 1 cp / jour Matin

6. Kcl sirop 1 cas x 3 / jour

7. Cordarone 1 cp / jour Matin

8. Cardensiel 2.5 mg ½ cp x 2 / jour

PPU 24DH60 L01 220335
EXP 06/2025



6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécalées B/30
PPV: 50,70 DHS

Dr. EL XE
Anesthésie-Réanim

PPV: 159DH90

6 118001 170791

ulevard Ghandi - Casablanca - Maroc
212 522 99 30 26 · Réanimateur de garde : +212 661 42 2
niquefranceville.com · Site Web : www.cliniquefrancevill
CNSS : 7771125 RIB N° compte : 21211 9265722 000 5 Cod