

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 054798

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8462 Société : 149309
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : HAITI Mohamed
 Date de naissance : 23.08.1961
 Adresse : H
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/02/2023
 Nom et prénom du malade : HAITI Med Age: 61 ans
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Accident vasculaire cérébral
 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 :
 Signature de l'adhérent(e) :



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

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
03/01/2023	Ec		300.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	3/02/2023	804.10

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
		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 :

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"/>
				Montants des Soins <input type="text"/>
				Debut d'Execution <input type="text"/>
				Fin d'Execution <input type="text"/>

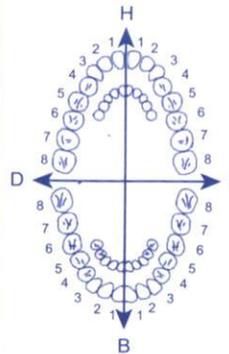
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Date du Devis

Date de l'Execution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ADNAN Khalid
Cardiologie

254 Av Mohamed Bouziane 1er étage
Salama III Sidi Othmane
20670

Tel.: 05 22 55 41 08
Mobile: 06 66 25 12 44 Whatsapp
Fax: 05 22 55 41 12
Email: kha_adnan@yahoo.fr
00 0 00099 2

92,00

92,00

92,00

le 03/02/2023

M. Med HAITI

61 ans

Pharmacie RIAD AL ANDALOUS
17 Bis, Rue 19 ANDALOUS
Tél: 022 50.01.76
CASABLANCA

92,00 x 3

1) COVERSYL 5 MG CP

Prendre 1 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois

103,40 x 3

2) TAHOR COMPRIME À 20 MG BTE 28 COMPRIME

Prendre 1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois

97,70 x 3

3) CARDIOASPIRINE Comprime Gastro-Résistant à 100 mg Bte 30 Comprime

Prendre 1 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois

134,90

4) NOOTROPYL PIRAC 800 BT/60 CP

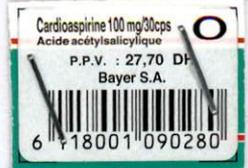
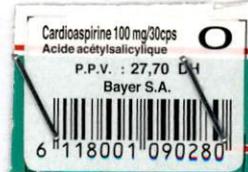
Prendre 1 comprimé le matin et le soir

S.V

S.V

S.V

S.V



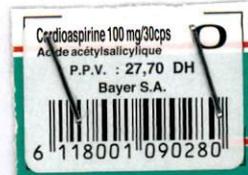
1 boîte

4 spécialité(s) prescrite(s)

T: 804,10

Dr. ADNAN Khalid

Dr Khalid ADNAN
CARDIOLOGUE
254 AV Med Bouziane Salam IV
Sidi Othmane - Casablanca
NF: 22 55 41 08



Pfizer

 **TAHOR**[®]
atorvastatine

20mg

28
COMPRIMÉS
PELLICULÉS

UT. AV. :

P.P.V

0 1 2 0 2 5

LOT N° :

1 0 3 4 0

FW 7 2 1 6

09366138/3

Pfizer

 **TAHOR**[®]
atorvastatine

20mg

28
COMPRIMÉS
PELLICULÉS

UT. AV. :

P.P.V

0 1 2 0 2 5

LOT N° :

1 0 3 4 0

F W 7 2 1 6

09366138/3

Pfizer

 **TAHOR**[®]
atorvastatine

20mg

28
COMPRIMÉS
PELLICULÉS

UT. AV. :

P.P.V

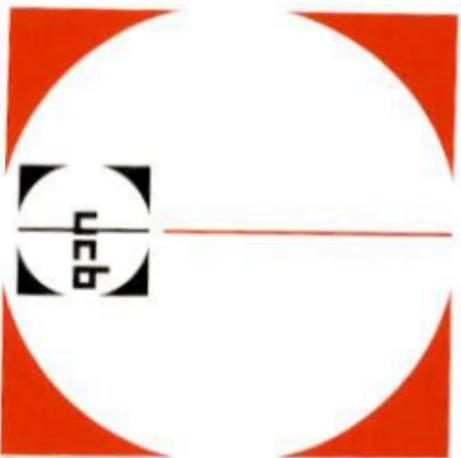
01 2025

LOT N° :

103 40

FW7215

09366138/3



Molécule originale issue de la recherche UCB

Nootropyl®

Piracétam

800 mg



60 comprimés pelliculés

Voie orale

LOT	221477
EXP	05 2026
PPV	134.80



ECG

NOM:HAITI MOHAMMED
ID :
Genre :
Age :61
DOB :23-08-1961
Date Test:03-02-2023 09:47

Case #:
Investigation #:

Médecin Référent:Doctor A

Signature Médecin:

