

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.



156129

Déclaration de Maladie : N° P19-0009127

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1625 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BAKI NINA Date de naissance : 01/01/1952
Adresse : Rue 5 N° 33 ATTAFI DOUN AULFA (Cherem)
Tél. : 06944 415124 Total des frais engagés : 29.01.30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/01/2023
Nom et prénom du malade : BAKI NINA Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : pathologie digestive
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 : 05/01/2023
Signature de l'adhérent(e) : Sam

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Horizon
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
05/01/23		C	Création	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/01/23	2901,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

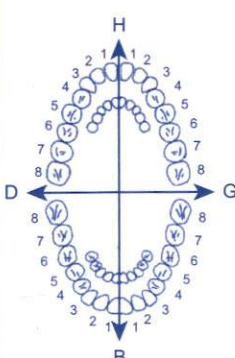
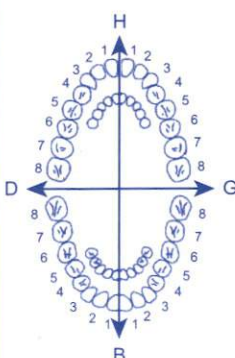
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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																			
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D		G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																	
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D		G																	
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
	[Création, remont, adjonction]																			
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
			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



AKDITAL

Clinique Panorama Sidi Maarouf
مصحة بانوراما سيدي معروف

Casablanca, le 05/01/23

Bakir Nina

1) Januvia 3.00
393,00 x 4 1 q 1/2

PPV: 393,00 DH
Distribué par MSD
AMM N°: 121/14

PPV: 393,00 DH
Distribué par MSD
AMM N°: 121/14

PPV: 393,00 DH
Distribué par MSD
AMM N°: 121/14

2) stategie
107,60 x 2 1 q x 3 1/2

LOT	2232	LOT	221836
EXP	09 20	EXP	05 2025
PPV	107	PPV	107.60

3) Ld Nor 10
57,80 x 4 1 q 1/2

LOT : 230051
EXP : 01/2026
PPV : 57,80DH

LOT : 221191
EXP : 09/2025
PPV : 57,80DH

4) Kardegic
30,70 x 2 1 sachet 1/2

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830
P.P.V : 30DH70

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830
P.P.V : 30DH70

5) 151,60 x 4

LOT : 221192
EXP : 09/2025
PPV : 57,80DH

6) 44,20 x 4

STEPHARMACIE HADJ
CASABLANCA
Rue 67, 10100 Casablanca
Tél: 05 22 58 96 96

DR SADEK
O-ENT

151,60

151,60

151,60

7) Difal 1 q x 3 1/2

DIFAL®
Diclofenac sodique 50 mg
Boite de 30
PPV : 44,20 DH

Bd. Abou bakr Kadiri (Prs. rond point Al Moustakbal) Sidi Maarouf - Cas
Tel. : 05 22 58 96 96 - Fax : 05 22 33 51 90 E-mail : direction@clinique-pano

Site web : www.clinique-panorama.ma

7) Zyrtec 10mg

63,10

63,20

1cp 1/3 pot 10j

8) Broncholiben 8.V

75,00

1cp x 3 1/3 pot 10j

LOT 215855 EXP 04/2024
PPV: 75DH00

9) febrex 8.V

20,00

1 prise x 3 1/3

10) seales 40mg
1 gel 1/3

74,10

8.V

LOT : 2614
U/AV: 09-25
PPV: 20DH00

LOT 211949
EXP 04/2024
PPV 74.10DH

20x1,30

LOT 211949
EXP 04/2024
PPV 74.10DH

STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Lodge, Haj /atch Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 22