

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 : 1004 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Abdellatif Mousa

Date de naissance : 1936

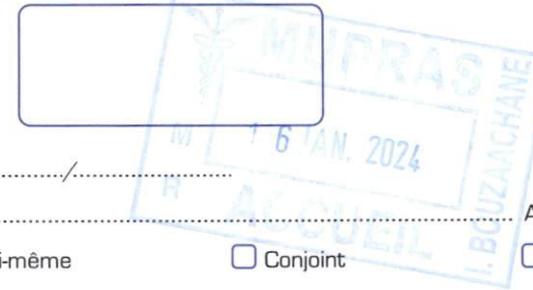
Adresse : Rue Sidi El Moustapha 5 - 1000 Casablanca

Tél. 0666080608

Total des frais engagés : 1598,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 15 Janvier 2024 Le : 01/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : Abdellatif Mousa

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KOUTUBIA Mohamed AARAB Docteur d'Etat en Pharmacie L'Institut Massaoudia Rue 24 N°104 Cité Dijama Casablanca Tel: 05 22 37 31 07 - 05 22 57 39 INPE: 92036904	15/01/24	1598,72

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

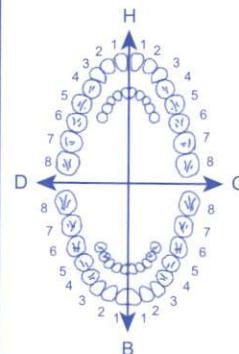
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie koutoubia.

AARAB Mohamed-docteur d'Etat en pharmacie.

Lotissement Messaoudia, Derb My Bouchaib

Rue 24 ,n° 104 Cité djemaa Casablanca.

Tél: 0522373107/0522573924

IF: 49132260 / CNSS: 1191428/ RC: 193582/ PATENTE: 338032

I.C.E:001696455000085

208,00

PPV: 89 DH 70
PER: 09/2025
29,70
LOT: M29942

Facture : Le 18/01/2024
M. KHALIDI Mohamed

Lot : T10991A
Per : 09/2025
PPV : 88 DH 10

Coveram 5/5mg x 10 → 208,00 x 1

Oradolone 20mg x 10 → 89,70 x 1 370,00

Wenat 25mg x 10 → 88,10 x 1

Rexabon 20mg x 10 → 370,00 x 1

Rozat 10mg x 10 → 147,10 x 1

Lasolix 40mg x 10 → 34,60 x 2

Flotial 10mg x 10 → 147,60 x 1

Jardiance 10mg x 10 → 47,80 x 1

1598,20

LASILIX 40MG
20CP SEC
PER:03/2027
P.P.V:34DH60
6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC
PER:03/2027
P.P.V:34DH60
6 118000 060468

PPV: 147 DH 60

Amelie la present facture à la somme de :

Mille cinq cent quatre-vingt-dix huit dirhams Seulement

PHARMACIE KOUTOUBIA
Mohamed AARAB
Docteur d'Etat en Pharmacie
Lotissement Messaoudia Rue 24 N°104
Cité Djemaa - Casablanca
Tél: 05 22 37 31 07 - 05 22 57 39 24
INPE: 92036904

6 118001 041077
Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés
BOTTUS A

PPV : 479 DH 00

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : *Abdelkader M'hamed*

Matricule : *1004*

N° CIN :

Adresse : *Rue Sidi M 25 Famila 5 ale dym ya Casablanca*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité : *CARDIOLOGIE*

N° ICE :

N° INPE : *091008325*

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois à vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Suffocation

Dont ci-joint ordonnance :

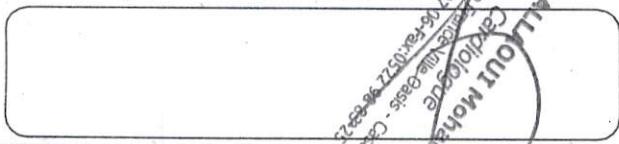
Traitements prescrits :

*COVEDAN 515 - Cardox - Coroject - Rixalit
ROZAT 1000 - Flut - Jardan - oeb*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca le 3/5/04*

Cachet et signature du médecin traitant :



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées