

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.

Biologie 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.

Ordonnance :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Éducation :

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.

Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0032644

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8669 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TAWFIK Hicham

Date de naissance : 10/03/1972

Adresse : HAY EL OMARIA ITIN 388 Rue 1 AN. DHOK

Casablanca

Tél. : 0673735897 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/08/2019

Nom et prénom du malade : TAWFIK Abdelhakim Age : 08 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Epilepsie

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 : Le : 10 OCT. 2019

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL


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
22/08/19	y	9	692,50	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/08/19	714,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/08/19	EEG	750 DHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

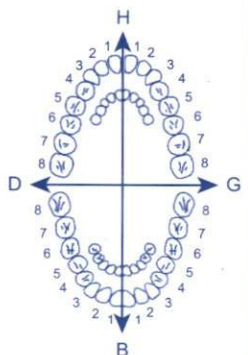
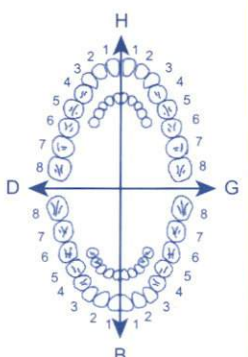
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXE

Dr
Péd
Epi
Ma
Ma
Tro
Ret
Aut

AFAF

s et génétiques
lares
sages scolaires
té



CCPNP
CABINET CASABLANCA DE PÉDIATRIE ET DE NEURO-PÉDIATRIE

PPV 240460

EXP 04/2022
LOT 93042 3

POTASSIUM
Sirop 125 ml



6 118000 031925

EFICAL

Si

29,00

EFICAL Sirop 150 ml
(soluté de calcium)



6 118000 180340

ORDONNANCE

DATE : 22/01/2019

AGE : ANS 10

NOM : Tawfik Abderahmane

POIDS : 28 KG

1) - * Depoline solution avec pi

4mg - 7mg - 7mg x 3 fois

2) - Solubiliser 10mg

Diluer 1 sachet de solub → 3 sachets en 10ml
et 1 sachet en 10ml

3) - Rytrocorone 10mg

2cp matin - 2cp soir x 15 jours


De 1cp matin - 1cp soir - 2cp soir x 15 jours

De 1cp matin et 1cp soir x 15 jours pas

rapport x of 100


pris 1/2 casil = 95 pris ent

24,62

4) - lclorp / 


1 casil 1/2 mli

2900

5) - lclorp / 

1 casil 1/2 mli

234,00 x 2

6) - lclorp / 

234,00

140,00


7) - lclorp / 





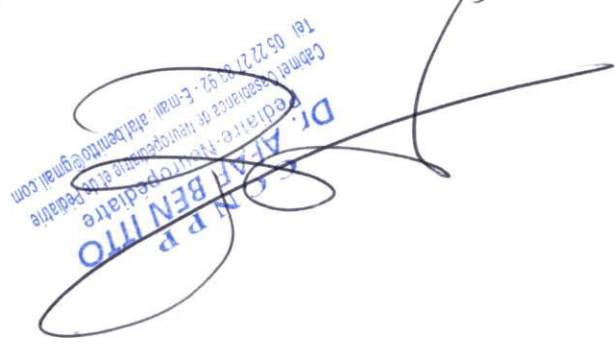
rapport x 1/2 x 1/2

5300

8) - lclorp / 

rapport x 1/2





SYNTHEMEDIC

22 rue Koubair benou al nouam roches
noires casablanca

INEXIUM

10 mg

Gran GR o susp bu
en sachets-dose

66/16 DMP/21/1NP

P.P.V : 234,00 DH

6

118001

021550

Lot RDSA

EXP 10-2021

PC : 03400938673081

SN : 2213532844182062



118001

6 118001 021550
66/16 DMP/21/1NP P.P.V : 234,00 DH
Boite de 28
Gran GR o susp bu
en sachets-dose

INEXIUM

22 rue Koubair benou al nouam roches
noires casablanca

SYNTHEMEDIC

Respecter les doses prescrites

Voie buccale
pour application locale

Daktarin® 2% gel buccal

Daktarin® 2%
gel buccal

Maphar

Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca

Daktarin gel buccal t40g

P.P.V : 53,00 DH

6 118001 180745

