

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.

Pathologie 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.

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.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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° P19-0002406

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	0867	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	VÉUF/E ZOUGGAR
Nom & Prénom :		LAMDAHRI LALLA Date de naissance :	
Adresse :		264 Bd Général Casablanca 1942	
Tél. :		066 976 387	Total des frais engagés : 3252,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06 AOUT 2019

Nom et prénom du malade : LAMDAHRI NE ZOUGGAR LALLA ZAHRA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

FA tons auto Coagul

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 : Casablanca

Le : 20/07/2019

Signature de l'adhérent(e) :



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
06 AOUT 2019	Consultation	Endo	300 DT	Professeur en Cardiologie 164 Bd Gharbi Casablanca tél. 0522 394111 06 61 15 78 6

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Mme LAMNIAI Brigitte <i>'harmee de l'Aéroport d'Antibes</i> <i>2 bis; Bd. Sidi Abdellah</i> <i>Tél: 39.06.52</i></p>	06/08/19	29.52.00

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

Diagram illustrating the numbering of teeth in a dental arch. The upper arch has teeth numbered 1 through 8 from left to right. The lower arch has teeth numbered 8 through 1 from left to right. The diagram is oriented with H at the top, G to the right, D to the left, and B at the bottom.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Alami Mohamed
Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi.
Residence Jawhara
Casablanca 20200

ORDONNANCE

06/08/2019

LAMDAGHRI Vve ZOUGGARI LALLA ZAHRA

984,00x3 = 2952,00

XARELTO 20

1cp a 12h

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V. : 984,00 DH
Bayer S.A.

6 118001 090808

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V. : 984,00 DH
Bayer S.A.

6 118001 090808

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V. : 984,00 DH
Bayer S.A.

6 118001 090808



Dr. ALAMI M
Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi - Casablanca
Tél. 05 22 39 01 12 ou 61 15 78 00

لهم لامنیا بربیت
Mme LAMNIA Brigitte
شمارکیه الدارپور d'Anfa
2 bis Bd. Sidi Abdellah
تél: 39.06.36 - Casablanca

valable 3 mois

Le / /20.....

✓ 867

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

54 Bd Cheikh Zouggar Casablanca
Tél. 0522 3901 21 661 15 78 05

Certifie que Mlle, Mme, M. : LAMDAGHRI YOUSSEF ZALLA ZAHRA

Présente me Fibulation Anticoagulant

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois renouvelable

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fekir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

ALAMI M
P... sur en Casablanca
0522 3901 21 661 15 78 05

Déclaration de Maladie : N° P19-0002406

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06 AOUT 2009

Nom et prénom du malade : LAMDAGHRI YOUSSEF LALLA ZAHRA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : FAItons auto Co agu Gout

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0002406

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Fiche de Consultation du 06/08/2019

LAMDAGHRI Vve ZOUGGARI LALLA ZAHRA

Terrain Atopique: NON

Regime

Poids

72 Kg

Indice de Masse

28,1 (Norme: 20 à 25)

Risque CV

%

Medicaments Prescrits

TA

140 / 70 mmHg

XARELTO 20

Frequence Card

95 c/mn

Examens Demandés

Radiologie

Biologie

Avis

Notes

Prochain RV 05/11/2019 15:00:00 Os+ Elio

Pr ALAMI Mohamed (S1)

ECG

Nom : lamdaghi vve zo~~g~~ari lalla z Female

Age : 77Y

Clinique N :

Section :

SN : 0009029

Case No. :

Lit No. :

Date : 06/08/2019 13:50:14



Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	--	Prompt:
Temps d'écha	11s	QT Interval:	351 ms	
HR:	95bpm	QTc Interval:	441 ms	
P Interval:	--	P Axis:	--	
QRS Interval:	77 ms	QRS Axis:	-27.50°Cb	
T Interval:	185 ms	T Axis:	-5.90°Cb	

Signature Medecin :