

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

que :

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

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

NCP.

Déclaration de Maladie : N° S19-0018493

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7539 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABKADA ZAHRA Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 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 :

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) : ABKADA ZAHRA

ABKADA ZAHRA

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

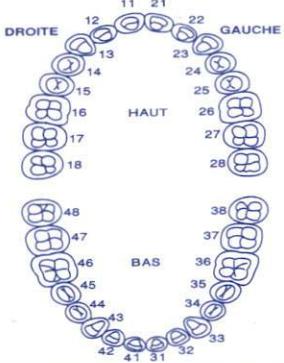
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

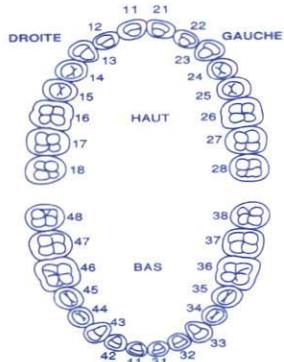
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des soins Coefficient



O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



DROITE	11 12 13 14 15 16 17 18	GAUCHE	21 22 23 24 25 26 27 28
HAUT	19 20 21 22 23 24 25 26		27 28 29 30 31 32 33 34
BAS	35 36 37 38 39 40 41 42		43 44 45 46 47 48

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

DECLARATION N° **P 17 / 0041761**



Mle

Cachet
MUPRAS

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle



P 17 / 0041761

DATE DE DEPOT

1 / 12 / 2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

Nom & Prénom **ABBADADA ZAHRA**

Fonction Phones **0690995584**

Mail

MEDECIN Prénom du patient **ABBADADA ZAHRA**

Adhérent Conjoint Enfant Age **45**

Date **16 SEP. 2019**

Date 1ère visite

ACFA 1 RM / AVC

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

St Ecc	1	250,-
---------------	----------	--------------

PHARMACIE Date **16.09.2019**

Montant de la facture

1338,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date **16/09/2019**

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

840 **68,60 DH**



AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre	Montant détaillé des Honoraires
--------	---------------------------------

AM	PC	IM	IV
----	----	----	----

CACHET

valable 3 mois

Le 16/9/2015

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

ABDERRAHMANE BAJI

Certifie que M^{me}, Mme, M. :

ABRADA ZAHRA

Présente

ACFA / AVC / RH

Nécessitant un traitement d'une durée de :

TROIS mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

*Dr. Abdellah BAJI
Cardiologue
183 av. Hassan II
Casablanca
Tel. 0522 24 43 38 28
Marrakech. Tel. 0524 42 11 11*

Dr. BAJI Khalid

Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

الدكتور الباجي خالد

الخصائص في أمراض القلب والشرايين

Marrakech, le ... *Lundi 16 septembre 2019* في مراكش، 16 سبتمبر 2019

Marrakech, le *lundi 16 septembre*

Mme ABBADA ZAHRA

57.70 x 3

1 - ALDACTONE 50

1/2cp matin

25.2

2 - DIGOXINE

1/4 cp le matin

20^o ~ 27

OSP TROIS MOIS

3/4 cp à 18 H

P.P.V: 57DH70
LOT: B21994
EXP: 02.2021

P.P.V: 57DH70
LOT: B21994
EXP: 02.2021

P.P.V: 57DH70
LOT: B21994
EXP: 02-2021

A standard linear barcode is located at the bottom of the page, consisting of vertical black lines of varying widths on a white background.

6 1180 1040117
DIGOXINE 0,25 mg (Digoxine),
30 comprimés

OTTU S.A.

PPV: 25 DH 00

OTTU S.A.

PPV: 25 DH 00

الدكتور
احمد خالد
Dr. Ahmad Khalid
Caribbean
102 Al Mardukhi Street
Mansoura. Tel: 03 24433018

سنتروم ٤ ملجم
أسينوكومارول

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés



سنتروم ٤ ملجم
أسينوكومارول

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés



سنتروم ٤ ملجم
أسينوكومارول

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

سنتروم 4 ملغ
أسينوكومارول

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol
10 comprimés



6 118000 181187

سنتروم 4 ملغ
أسينوكومارول

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol
10 comprimés



6 118000 181187

سنتروم 4 ملغ
أسينوكومارول

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol
10 comprimés



6 118000 181187

سنتروم 4 ملغ
أسينوكومارول

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol
10 comprimés



6 118000 181187

Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

LABORATOIRE AL FARABI D'ANALYSES MEDICALES

Docteur El Mostafa KACHCHACH
Médecin Biologiste

Lot. Maatallah, Rue Oujda, N° 1263
M'Hamid
Marrakech

Tél. : 0524 37 36 25 / Fax : 0524 37 36 24

ICE : 001653741000033
IF : 40443926

Marrakech le 16 septembre 2019

Mme ABBADA ZAHRA

FACTURE N°	129391
------------	--------

Analyses :		
Taux de Prothrombine (TP) -----	B 40	Total : B 40
Prélèvements :		
Sang-----	Pc 1,5	
TOTAL DOSSIER		68,60 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Soixante Huit Dirhams et Soixante Centimes

LABORATOIRE AL FARABI
d'Analyses Médicales
Dr. KACHCHACH EL Moustafa
Marrakech - Tél. 0524 37 36 25

Dr. BAJI Khalid

Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

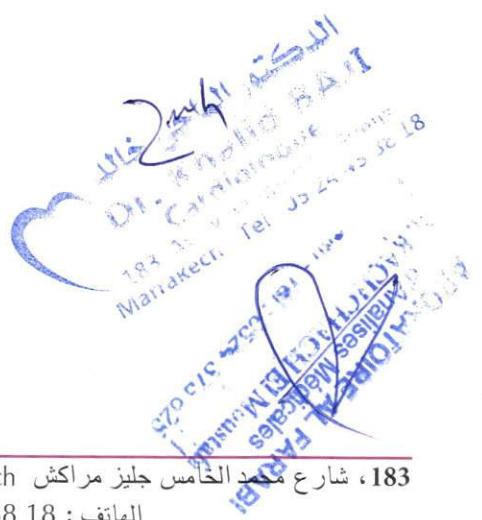
الدكتور الباقي خالد

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
خريج كلية الطب بنيس بفرنسا

Marrakech, le Marrakech, في
lundi 16 septembre 2019

Mme ABBADA ZAHRA

TP INR



183، شارع محمد الخامس جليز مراكش
الهاتف : 05 24 43 88 18



مختبر الفارابي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE AL FARABI D'ANALYSES MEDICALES

Dr. Elmostapha KACHCHACH : Médecin Biologiste

Biochimie - Immunologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie - Hématologie

Prélèvement du : 16/09/19
Edition du : 16/09/19

Mme ABBADA ZAHRA
Dossier : 19I835
Prescripteur :

Page : 1/1

HEMOSTASE

		Normales	Antériorités
Taux de prothrombine -----:	27,20 * %	70 - 100	17/06/19 32,50
I.N.R. ----- :	3,29		2,71

Zone d'efficacité thérapeutique pour un patient traité par un anti-vitamine K:

- . Prévention de thrombose veineuse : 2 - 3
- . Prophylaxie opératoire : 2 - 3
- . Phlébite ou embolie pulmonaire : 2 - 4
- . Prévention de thrombose récidivante : 2 - 4
- . Patient avec prothèse cardiaque vavulaire : 3 - 4,5
- . Prévention de thromboses artérielles : 3 - 4,5

