

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.

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.

Prothèse 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.

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

NCP

Déclaration de Maladie : N° S19-0018493

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1539 Société :

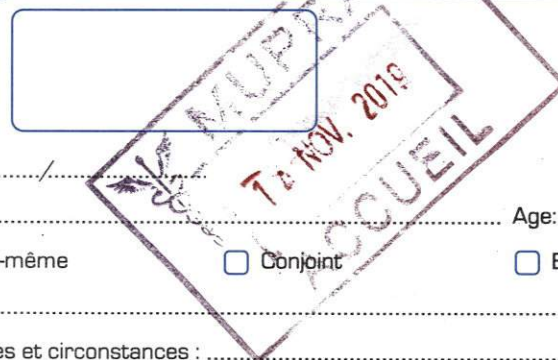
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AKADA 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) : 

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux														
				Montant des soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G			Montant des soins <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
G																		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>															
			Fin d'exécution <input type="text"/>															
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																

VOLET ADHERENT			NOM :	Mle
DECLARATION N°			P 17 / 0041761	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes		
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			Cachet MUPRAS	



P 17 / 0041761

DATE DE DEPOT

/ / 2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle
Nom & Prénom			ABBADA ZAHRA
Fonction		Phones	
		06 90 99 55 84	
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient	
		ABBADA ZAHRA	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	Date
		45	16 SEP. 2019
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Acte / RM / AVC			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
5 + ECC	1	25010	
PHARMACIE		Date	
		16.09.2019	
Montant de la facture			
1338,10			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
		16/09/2019	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
B40	68,60 DH		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

☒ **valable 3 mois**

Le 16/9/2019

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

IS BAJI KHALID

Certifie que Mlle, Mme, M. :

ABRADA ZAHRA

Présente

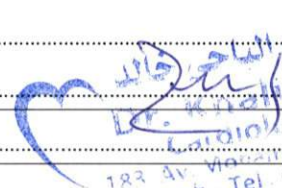
ACFA / AVC / RM

Nécessitant un traitement d'une durée de :

TROIS MOIS

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)


Dr. Khalid BAJI
Cardiologue
183 Av. Hassan V. Ghaliz
Marrakech - Tel. 05 24 42 28 18

Dr. BAJI Khalid

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

الدكتور الباجي خالد

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
خريج كلية الطب بنيس بفرنسا

Marrakech, le 16 septembre 2019

Dr. NACHIO TRISSI SOUAG
PHARMACIE BAJA
1242, Lot Maatallah Mohammed
Tél: 05 24 37 28 29

Mme ABBADA ZAHRA

57.70 x 3

1 - ALDACTONE 50 1/2cp matin

25.00

2 - DIGOXINE 1/4 cp le matin

3 - SINTROM 3/4 cp à 18 H

20.00 x 7

QSP TROIS MOIS

PHARMACIE BAJA

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



6 11801 040117

DIGOXIN 0,25 mg

(Digoxine)
30 comprimés

OTTU S.A.

PPV: 25 DH 00

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

338.10

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

الدكتور الباجي خالد
Dr. Khalid BAJI
Cardiologue
183 Av. Mohamed V - Guéliz
Marrakech. Tél: 05 24 43 88 18

سنتروم 4[®] ملغ
أسينوكومارول

Sintrom[®] 4 mg ○

Acénocoum[®] 10 comprimés



6 118000 181187

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

سنتروم 4[®] ملغ
أسينوكومارول

Sintrom[®] 4 mg ○

Acénocoum[®] 10 comprimés



6 118000 181187

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

سنتروم 4[®] ملغ
أسينوكومارول

Sintrom[®] 4 mg ○

Acénocoumarol[®] 10 comprimés



6 118000 181187

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

سنتروم 4[®] ملغ
أسينو كومارول

Sintrom[®] 4 mg ○
Acénocoumarol 10 comprimés



PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

سنتروم 4[®] ملغ
أسينو كومارول

Sintrom[®] 4 mg ○
Acénocoumarol 10 comprimés



PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

سنتروم 4[®] ملغ
أسينو كومارول

Sintrom[®] 4 mg ○
Acénocoumarol 10 comprimés



PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

سنتروم 4[®] ملغ
أسينو كومارول

Sintrom[®] 4 mg ○
Acénocoumarol 10 comprimés



PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

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 Mostafa
Tél. : 0524 37 36 25

Dr. BAJI Khalid

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

الدكتور الباجي خالد

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
خريج كلية الطب بنيس بفرنسا

Marrakech, le في
lundi 16 septembre 2019

Mme ABBADA ZAHRA

TP INR

الدكتور الباجي خالد
Dr. BAJI Khalid
183, Av. Mohamed V - Guéliz - Marrakech
Tél : 05 24 43 88 18
Marrakech



مختبر الفارابي للتحليلات 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
			17/06/19
Taux de prothrombine -----:	27,20 * %	70 - 100	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 valvulaire	: 3 - 4,5
. Prévention de thromboses artérielles	: 3 - 4,5

