

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.

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

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° P19-0025891

137415

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2823 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOWLANE KHADIZA

Date de naissance : 1-01-1955

Adresse :

Tél. : 0522797376

Tél. : 0668833889 Total des frais engagés : 465D#1 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/10/22

Nom et prénom du malade : Boulane Khadiza 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) :

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
21-10-22	C1		1500H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RAIS Dr. Omar RAIS 62, Rue de la Méditerranée Ain Diab - Casablanca	21/10/2022	317,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

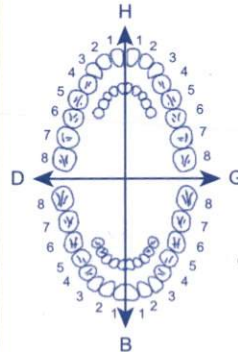
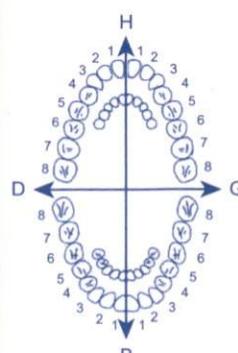
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
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 <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Souâd GUESSOUS

MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplômée de l'université de Montpellier
en Echographie Générale

D.U. de Gynécologie Médicale
de l'Université de Strasbourg

Expert Assementé auprès des Tribunaux

119 Bd. Afghanistan - Hay Hassani
Casablanca

Tél. : 05 22 90 34 75

الدكتورة سعاد غسوس

الطب العام

خريجة جامعة مونتبليي في الفحص
بالأمواج ما فوق الصوتية

حاصلة على شهادة أمراض النساء
بستراسبورغ

خبيرة محلقة لدى المحاكم

119، شارع أفغانستان
الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 90 34 75

Casablanca le

21-10-22

Bouhane Kholij

116.80.

- Lipanthyl

49.60 x 4

- D. Cne F

115j

315.20

x6 nés

PHARMACIE RAIS.
Dr. Omar RAIS
62, Rue de la Mer Baltique
Ain Diab - Casablanca

DR. GUESSOUS Souad
MÉDECINE GÉNÉRALE
GYNÉCOLOGIE MÉDICALE
119 Bd. Afghanistan - Hay Hassani
Tél. 05 22 90 34 75

PPV: 49,60 DH
LOT: 22H01
EXP: 08/2025

3 ampoules buvables

D-CURE[®] FORTE

Cholécalciférol 100 000 UI
Vitamine D3



Importé par : **Ergo**  **maroc**

Les laboratoires ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca. Maroc.
AMM N° : 24/16DMP/21/NNP


SMB

MCP220MA003118
09/08/2018

1
2

3

PPV: 49,60 DH
 LOT: 22H01
 EXP: 08/2025

3 ampoules buvables

D-CURE® FORTE

Cholécalciférol 100 000 UI
 Vitamine D3



Importé par : **Ergo**  **maroc**

Les laboratoires ERGO MAROC
 108, Rue Pierre Parent, Casablanca. Maroc.
 AMM N° : 24/16DMP/21/NNP



MCP220MA003118
 09/08/2018

1
 2

3

PPV: 49,60 DH
 LOT: 22H01
 EXP: 08/2025

3 ampoules buvables

D-CURE® FORTE

Cholécalciférol 100 000 UI
 Vitamine D3



Importé par : **Ergo**  **maroc**
LABORATOIRES

Les laboratoires ERGO MAROC
 108, Rue Pierre Parent, Casablanca. Maroc.
 AMM N° : 24/16DMP/21/NNP



MCP220MA003118
 09/08/2018

1
2

3

LIPANTHYL®

160 mg Fénofibrate

ليبنتيل®

فينوفبرات 160 ملغ

 **Abbott**

Voie orale.


Lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C, et à l'abri de l'humidité.

maphar ○
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH
6 118001 181636

608070A



**LIPANTHYL + GROSSESSE =
DANGER**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique.

عن طريق الفم
ينبغي قراءة النشرة بعناية قبل إستعمال الدواء .
يجب أن يبقى بعيدا عن متناول و نظر الأطفال .
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30°م و بعيدا
عن الرطوبة .

LOT N°:

FAB:

EXP:

32991

JAN 2022

DEC 2023

حصة رقم :

صنع في :

صالح إلى :

