

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- 048446

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6497 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KARSOUS Saïd
 Date de naissance : 3-2-1961
 Adresse : TISSIR 2 Rue 4 - N°29 BERRACHID
 Tél. : 0668021309 Total des frais engagés : 463,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelhak MECHAL
 Médecine Générale
 t Bd de la liberté Tisse
 Berrachid Tél : 05 22 32 51 87

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : KARSOUS YAHYA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Crise d'asthme + Rhinite
 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 : BERRACHID Le : 26 / 11 / 22
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-048446

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 : 6497
 Nom de l'adhérent(e) : YAHYA
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt : 15.02.2023

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
10/11/22	C	1	1500	<i>[Signature]</i> Dr. MECHAL Médecine Générale Bercy Liberté Tiss Tel : 05 22 32 51 87

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

Pharmacie ALAFAO
13.5 Rue Ila Abou Madi
- BERRICHON -
Tel : 05 22 32 51 87

10/11/22 313,50

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

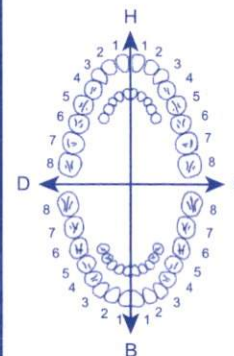
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

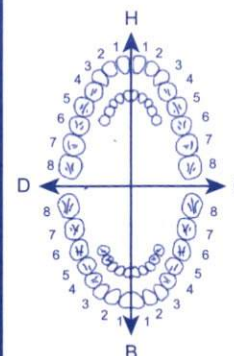
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXECUTION

Docteur Abdelhak MECHAL

MEDCINE GENERALE

6, Bd. De la Liberté – Tissir 1
Berrechid (Prés des Taxis jakma)

Tél : 05 22 32 52 87

INPE : 061098281

الدكتور مشعل عبد الحق

الطب العام

6, شارع الحرية – حي التسيير 1
برشيد – (قرب طاكسيات جقمة)

الهاتف : 05 22 32 52 87

Nom : Ransous

Prénom : Yahya

Berrechid : 10-11-22

3x45,30

Ventoline Spray N°3

1 boîte utl,

56,60

Diprshu

1 IM

32,00

Clarbec 100

Olivim

89,00

1 utl

313,50

Pharmacie ALAFAQ

135 Rue Iliia Abou Madi

BERRECHID -

Tel: 05 22 33 64 01

Dr. Abdelhak MECHAL

Médecine Générale

6, Bd. De la Liberté Tissir 1

Berrechid -

Tel : 05 22 32 52 87

Lot
EXP

P92F
08 2023

Lot
EXP

WC8U
03 2024

Lot
EXP

HP7C
07 2023

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

Distribué par MSD Maroc
AMM 74/19 DMP/21/NRQ
P.P.V: 56.60 DH



6 118001 150137 > nés

Claritec 10mg
boîte de 15 comprimés



6 118000 090212

LOT : 3336
UT. AV : 08-24
P.P.V : 32 DH 00

OLIZINC Complément alimentaire
30 comprimés

N° d'enregistrement au Ministère de la santé du Maroc : DA2020201061 DMP/20UCA/v1

N° de lot:

Date de fabrication :

A consommer de préférence avant le:

PPC : 89 DH

Olizinc

Complément alimentaire à base de Zinc

E87101

03/2024