

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° P19-0035363

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8343 Société : RAM.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZAMANI Mohammed
 Date de naissance : 01.01.45
 Adresse : 252, Bd Ghandi Résid. Nassima Casablanca
 Tél. : 06.61.83.641 Total des frais engagés : 896,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : Mohamed B. Temo Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : neuropathie
 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20/01/2023 | | 1 | 2000 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE GULMES CASA S.A.R.L.A.U Angle Bd Ghannouchi et Yacoub El Mansour - Casablanca Tél: 0522 36 08 06 | 23/01/2023 | 696.00 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

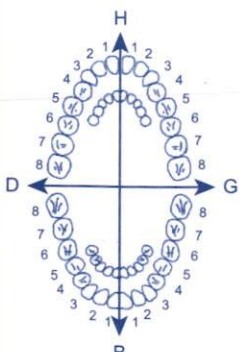
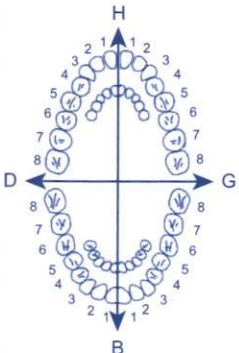
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Farid TADLAOUI

الدكتور فريد التلاوي

Médecine Générale - Echographie

الطب العام

Nutrition - Diététique - Obésité

Diplômé de l'Université Pierre et Marie Curie Paris VI

المهنة الحمية نظام التغذية

Tamane 378

Casablanca le : 20/01/2023

X tal lot (03)

sup ja 3mes

267,00 + 3

696,00

Dr. Farid TADLAOUI
Médecine Générale
Nutrition - Diététique - Obésité
221, Bd Zerktouni - Casablanca
Tél: 0522 94 13 39 / 0661 32 99 66

PHARMACIE OULMES CASA
S.A.R.L.A.U
Angle Bd Ghandi et Yacoub
El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 08 06

221 شارع الزرقتوني - الهاتف : 05 22 94 13 39 - الهاتف المحمول : 06 61 32 99 66

221 BOULEVARD ZERKTOUNI - CASABLANCA - Tél: 05 22 94 13 39 - GSM : 06 61 32 99 66



Xatral LP 10 mg
alfuzosin

30 prolonged release tablets

دواء يُصرف بناءً على وصفة طبية - قائمة I

Uniquement sur ordonnance - Liste I

الرجاء التقيد بالجرعات الموصوفة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
USE THE DOSE AS PRESCRIBED



يُحفظ بعيداً عن نظر الأطفال ومتناولهم
الرجاء قراءة النشرة الدوائية قبل الاستعمال
يُحفظ في حرارة لا تتخطى 30 درجة مئوية

التركيب:
كلورهيدرات الألفوزوسين.....10 ملغ
سواغ بكمية كافية لقرص واحد ذي تحرير طويل الأمد
السواغ الذي له تأثير معروف: زيت الخروع المهدرج

Soyez prudent
Ne pas conduire sans avoir lu la notice
Be careful
Do not drive without reading the insert

حذراً
نشرة قبل قيادة سيارتك

مستوى 1
NIVEAU 1
LEVEL 1



كزاترال® إل بي 10 ملغ

ألفوزوسين

عن طريق الفم

30 قرصاً ذا تحرير طويل الأمد

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1,

Aln sebaâ Casablanca

XATRAL LP 10MG CPR B30

PPV : 267,00 DH



6 118001 081301

Lot/Batch:

6T155

Fab./Mfg.:

09/2021

EXP:

08/2024

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Aln sebaâ Casablanca
XATRAL LP 10MG CPR B30
PPV : 267,00 DH



Lot/Batch: GT155
Fab./Mfg.: 09/2021
EXP: 08/2024

كزاترال® إل بي 10 ملغ

ألفوزوسين

عن طريق الفم

30 قرصًا ذا تحرير طويل الأمد

التركيب:

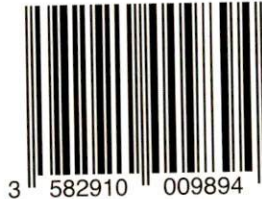
كلورهيديرات ألفوزوسين.....10 ملغ

سواغ بكمية كافية لقرص واحد ذي تحرير طويل الأمد

السواغ الذي له تأثير معروف: زيت الخروع المهدرج

يُحفظ بعيدًا عن نظر الأطفال ومتناولهم
الرجاء قراءة النشرة الدوائية قبل الاستعمال
يُحفظ في حرارة لا تتخطى 30 درجة مئوية


Soyez prudent
Ne pas conduire sans avoir lu la notice
Be careful
Do not drive without reading the insert
مستوى 1
كن حذرًا
اقرأ النشرة قبل قيادة سيارتك
NIVEAU 1
LEVEL 1



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
USE THE DOSE AS PRESCRIBED

الرجاء التقيد بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
Prescription only medicine - List I

دواء يُصرف بناء على وصفة طبية - قائمة I

Xatral® LP 10mg
alfuzosin

30 prolonged release tablets

Xatral LP 10mg
alfuzosin

30 prolonged release tablets

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
USE THE DOSE AS PRESCRIBED
الرجاء التقيد بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
Prescription only medicine - List I
دواء يُصرف بناء على وصفة طبية - قائمة I

يُحفظ بعيداً عن نظر الأطفال ومتناولهم
الرجاء قراءة النشرة الدوائية قبل الاستعمال
يُحفظ في حرارة لا تتخطى 30 درجة مئوية

التركيب:
كلورهيدرات الألفوزوسين.....10 ملغ
سواغ بكمية كافية لقرص واحد ذي تحرير طويل الأمد
السواغ الذي له تأثير معروف: زيت الخروع المهدرج



NIVEAU 1
LEVEL 1

Soyez prudent

Ne pas conduire sans avoir lu la notice

Be careful

Do not drive without reading the insert

مستوى 1

كن حذراً

نشرة قبل قيادة سيارتك



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

XATRAL LP 10MG CPR B30
PPV : 267,00 DH



Lot/Batch: GT058
Fab./Mfg.: 04/2021
EXP: 03/2024