

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

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 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

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



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9228

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : K REDA JAAFAR

Date de naissance : 22/08/1983

Adresse : 19 Rue El Yasmine Résid GIZIANE 4 APP 11 HAJ RAHMA GOSA

Tél. : 05 26 62 10 46 95

Total des frais engagés : # 761,70 Dhs #

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور سعيد الخنواز

طبيب مختص، خبير لدى المحكمة

60، طريق مولاي التهامي

(قرب مستشفى الحسني الحسني)

مارولا - الحسيني - الدار البيضاء

الهاتف : 022 90 70 48

Date de consultation : 21 JAN 2023

Nom et prénom du malade : K REDA JAAFAR

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 : 63A

Le : 27/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

27 FEV. 2023

L'HIM



Déclaration de Maladie

N° W21-762426

AS1009

CSA
Autres

RAM (SIEGE CASA-ANFA)

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE AL WATHOOD Rue Lalla Aissa Assid Annour - 368430 - Casablanca Tente - 34808192 092009513	31.1.23	561.70

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																										
SOINS DENTAIRES 				INP : <input type="text"/>																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																						
				MONTANTS DES SOINS																						
				DEBUT D'EXECUTION																						
				FIN D'EXECUTION																						
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 																						
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
				H	25533412	21433552																				
					00000000	00000000																				
				D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																								
B																										
G																										
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																										
Coefficient des travaux <input type="text"/> Montants des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Date de l'exécution <input type="text"/>																										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																										

Doktor Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزولي

طبيب محلف

Expert près les Tribunaux

JAAFAR

K A E D A

MUS.00 Casablanca, le : 31 JAN 2023

الدار البيضاء، في :

677

1. Tavaonic S.V.

kg/t

MUS.00

2. Catapflax 50 S.V.

kg x 3/t

32.60

3. Theral S.V.

kg x 2/t

MUS.00

4. Seretid 20 S.V.

kg x 2/t

ex MUS.00

5. Verteoline aeros x 2 S.V.

kg x 2/t

561.70

PHARMACIE AL WOUROUD
67, Rue des Roses A Coté de
Moulay Annour - Beausejour
Télé: 34808192

60، طريق مولاي المختار (أقرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي العتيق
مارينا 90.70.88

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: E-mail : drgzsa@gmail.com

دكتور سعيد الكزولي
دكتور محلف، خبير لدى المحاكم
طبيب محلف، مصلاح الزهادى
طبيب متخصص في الحقن التجميلية
60، طريق مولاي المختار (أقرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الدار البيضاء

60، طريق مولاي المختار (أقرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي العتيق
مارينا 90.70.88

Cataflam
Diclofénac potassium

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebââ Casablanca
Tavanic 500mg cp pel b5
P.P.V : 145,00 DH
6 118001 080670

PPV (DH) :

50 mg

LOT N° :

UT. AV.:

32,60

موكسول
أميروكسول

GlaxoSmithKline
Aïn El Aouda
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

118001 141258

GlaxoSmithKline
Aïn El Aouda
Région de Rabat

Ventoline
SALBUTAMOL

100
microgrammes,
dose

Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé

200 DOSES

Lot
EXP
PPV

E H 6 T
0 9 2 0 2 4
4 5 , 3 0 D H

LOT : M22038
EXP : FEV 2025
PPV : 45,50 DH

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV:248,00 DH
10 64929
118001 141104

SERETIDE
propionate de fluticasone/
Salméterol
Diskus

250
microgrammes
/50 microgrammes
par dose

Voie inhalée

LES DOSES PRESCRIPTIONS
seulement sur ordonnance