

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALQ :

- 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° M21- 0010832

155046

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2840 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : LATHEU MOHAMED KHAIL

Date de naissance : 18.08.53

Adresse :

Tél. : 0622412122 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Farid ZEGHARI
5, AV. de la Marche Verte
Ben Yakhlef - Mohammedia
Tel. 05 23 33 54 44

Date de consultation : 14/02/2023

Nom et prénom du malade : LATHEU MOHAMED KHAIL Age : 1953

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ALD - Affection dentaire

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
14-2-23	Q		1.50	Dr. Farid ZECHRA 5, AV. de la Marche Verte Ben Yakhlef - Mohammedia Tel. : 05 23 33 54 44

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du fournisseur

Date

Montant de la Facture

14-2-23

62970

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

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
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

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

02 2025

02 2025

04 2025

EXP

EXP

EXP

Docteur Farid ZEGHARI

الدكتور فريد الزغاري

Médecine Générale
Echographieالطب العام
فحص بالأمواج

Ben Yakhlef, le 14.2.23 بني يخلف، في

Ch LATHON
Ahamed Khalil

1700g

Tensiosec 5

2700g x 3

15 le matin

15 le soir

Dr. Mme BENAMOUSSA Ouafae
51, Rue Rahal Ben Ahmed
PHARMACIE AL MASSIRA
Tel : 05 22 24 80 54
Fax : 05 22 24 85 44

Sodine

2700g x 3

15 le matin

Cardéo aspirine

1020g

15 le matin

Cirodo 800

Dr. Farid ZEGHARI
5, AV. de la Marche Verte
Ben Yakhlef - Mohammedia
Tel. : 05 23 33 54 44

5, Avenue de la marche verte (ex RT 101)

Ben Yakhlef - Mohammedia

Tél. : 05 23 33 54 44

5, شارع المسيرة الخضراء (سابقا طريق 101)

بني يخلف - المحمدية

الهاتف : 05 23 33 54 44

LOT : 22E001V
PER : 12 2024

BIRODOGYL
CP PEL B15

P.P.V. : 102DH00



BIRODOGYL
SALICYLIQUE

15 comprimés pelliculés

MFD

®

mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



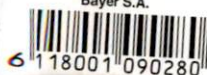
Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



PPV : 34,20

LOT :

PER :

PPV : 34,20

LOT :

PER :

Sodrix LP 1,5 mg
30 comprimés pelliculés



Sodrix LP 1,5 mg
30 comprimés pelliculés



SODRIX 1,5 mg LP
Indapamide

30 comprimés pelliculés

SODRIX 1,5 mg LP
Indapamide

30 comprimés pelliculés

Sodrix LP 1,5 mg
30 comprimés pelliculés



TENSIOTEC 5mg
30 gélules



TENSIOTEC 5mg
30 gélules



TENSIOTEC 5mg
30 gélules



SODRIX 1,5 mg LP
Indapamide

30 comprimés pelliculés

PPV :

LOT :

PER :

34,20

TENSIOTEC 5mg
30 gélules



TENSIOTEC 5mg
30 gélules



TENSIOTEC 5mg
30 gélules

