

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 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 - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 056193

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4675 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 160786
 Nom & Prénom : SCALLY F-Z
 Date de naissance : 14-12-49
 Adresse : 13 Kham Eddine Tassou - CASAN
 Tél. : 06 61 49 46 68 Total des frais engagés : 1388,80 + 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/05/23
 Nom et prénom du malade : SCALLY Fatima Ez Zouhra Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Respiratoire avec Grosse Bronchite
 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 : CASAN Le : 05/05/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 Règlement des Actes
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	---

04/12/23	G		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

	04/10/23	1388,80

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

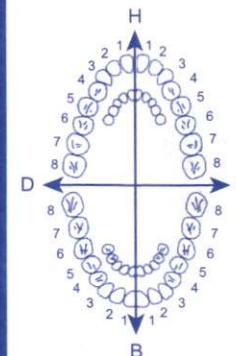
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
D	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		
B			

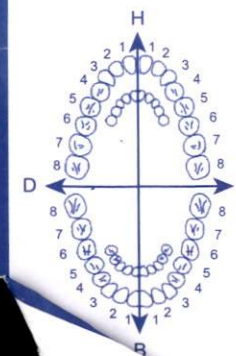
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET MEDICAL DES MALADIES RESPIRATOIRES

Docteur BENMALLEM Mustapha

Spécialiste des Maladies Respiratoires

C.E.S de l'Université de Paris

Asthme - Maladies des Poumons - Tuberculose

ALLERGIE RESPIRATOIRE

SEVRAGE TABAGIQUE

الدكتور بن لمعلم مصطفى

إختصاصي في الأمراض الصدرية

خريج جامعة باريس

الضيق - داء السل - أمراض الرئة

مرض الحساسية

الإقلاع عن التدخين

Casablanca, le : 04/5/2023 : الدار البيضاء، في

Dr. SCALLY

Fatima Ezzouhri

(21.00 x 6)

- Librax gelule

- 1 gelule x 3 $\frac{1}{2}$ x 2 jrs

+ Ballonx gelule

(43.30 x 2) 1 gelule x 2 $\frac{1}{2}$ x 2 jrs

189.50 Foracort 200

- 1 $\frac{1}{2}$ / jrs x 2 $\frac{1}{2}$ x 2 jrs

293.30

Pneumovax 23

(423.60 x 5) 5 jrs x 1 $\frac{1}{2}$ / jrs

Inxuron 40

إقامة المعمار - رقم 97 - شارع 2 مارس زاوية زنقة أثينا - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 82 23 42

Résidence El Mechouar - N° 97 - Avenue 2 Mars Angle d'Anthènes - Casablanca - Tél.: 05 22 82 23 42

Alproaz 0,5 7 (61 bnt)

35,70 $\frac{1}{2}$ C au bsr
l sor

7.5

N^o 1W5342

1388.80



Docteur BEN MALLEH Mustapha
Pneumologue
1 Rue d'Alger - Casablanca
Casablanca - Mers Sultan
Tél : 022 82 2342

PNEUMOVAX 23
Suspension injectable de 0,5ml.
Boîte d'une seringue pré-remplie.
PPV: 293,00DH
N° d'AMM 483/17 DMP/21/INN
Distribué par MSD MAROC, B.P 136 Bouske



SYNTHEMEDIC
22 rue zoubert/boulevard al mouren roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boîte 14
641/150MP/21NRQ P.P.V: 123,60 DH
6 118001 020807

INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boîte 14
641/150MP/21NRQ P.P.V: 123,60 DH
6 118001 020807

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubert/boulevard al mouren roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boîte 14
641/150MP/21NRQ P.P.V: 123,60 DH
6 118001 020807

INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boîte 14
641/150MP/21NRQ P.P.V: 123,60 DH
6 118001 020807



GTIN 1890111724888
LOT 1821050
EXP 07/2024
S/N 13038487294365

PPV: 189 DH 50

LOT: 2301001
EXP: 12/2025
PPV: 35.70

35,70

la notice intérieure.

Librax[®] 5 / 2,5 mg ~~⊗~~

30 comprimés dragéifiés



Librax[®] 5 / 2,5 mg ~~⊗~~

30 comprimés dragéifiés



LOT 23020 PER 02/20
PPV 21.00 DH

LOT 23017 PER 02/20
PPV 21.00 DH

la notice intérieure.

Librax® 5/2,5 mg ~~⊗~~

30 comprimés dragéifiés



Librax® 5/2,5 mg ~~⊗~~

30 comprimés dragéifiés



LOT 23020 PER 02/20
PPV 21.00 DH

LOT 23017 PER 02/20
PPV 21.00 DH

la notice intérieure.

Librax[®] 5 / 2,5 mg ~~⊗~~

30 comprimés dragéifiés



Librax[®] 5 / 2,5 mg ~~⊗~~

30 comprimés dragéifiés



LOT 23020 PER 02/20
PPV 21.00 DH

LOT 23017 PER 02/20
PPV 21.00 DH