

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 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

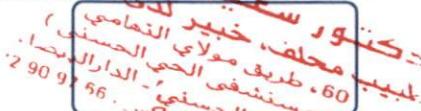
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

166028

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 3641			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Société : Royal Air Maroc	
Nom & Prénom : LABIT			
Date de naissance : 14/03/1973			
Adresse : 15 Rue Habib Bourguiba 10000 CASABLANCA N°10 VAL			
Tél. : 0663215554 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 10/06/2018			
Nom et prénom du malade : CHAHID			
Age: 40			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : HTA			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Sociale			
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.			

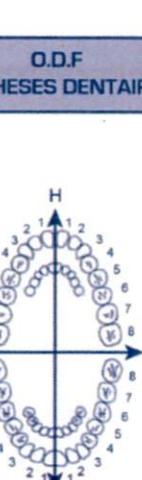
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CHAHID Le : 21/06/18
Signature de l'adhérent(e) :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>TEL: 05 23 98 43 25 FAX: 05 23 98 44 25 pharmacie@vita-pharma.com 453, Bd Brahim Bahloul Val Fleuri, Marrakech</p>	14/06/2003	776,60

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.					
	SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
					INP : <input type="text"/>
Coefficient des travaux <input type="text"/>					
Montants des soins <input type="text"/>					
Début d'exécution <input type="text"/>					
Fin d'exécution <input type="text"/>					
	O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
			H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553		
			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"/>		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION					

CHAHBOUN Saïd

Casablanca, le : 14 JUIN 2023 الدار البيضاء، في :

123,60

1. Imitumab 40 mg
1 gr le Martin 2ml
98,00

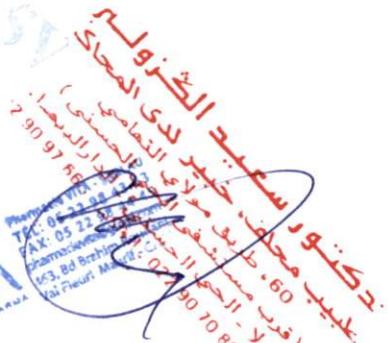
2. Gaviscon sa
1 sach 30g agli

3. Carbocystane 50 mg
158,00 x 2 (dose x 3) 2ml

4. Co-IRNEC 300/12,5 x 2
138,00 19/7

5. Fagmectex 50 mg
55,00 2 gr agli

6. Mazola 125 mg
776,60 129 x 3



العلبة صمودة لـ 12 شهراً [المدة]

أينكسيوم® 40 مغ

14
comprimés
gastro-
résistants
Par voie orale

INexium® 40 mg
ésoméprazole

أينكسيوم® 40 مغ

ازوميبرازول

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubeir bneu al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg Cpr GR

Boite 14

641/160DMP/21/NRQ P.P.V: 123,60 DH

6 118001 020607

14

قرص صامد
لحموضة المعدة
عن طريق الفم

AstraZeneca

28 قرصاً ملبيساً عن طريق الفم

300 ملغ / 12.5 ملغ



Exp

7

7

7

501223b

28 قرصاً ملبيساً عن طريق الفم

300 ملغ / 12.5 ملغ



Exp

7

7

7

501223b

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN 500mg/62,50mg Comprimé

1 prise = 1g = 2 comprimés à 500mg/62,50mg
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent
être avalés de préférence au début des repas.

جرعة واحدة = 1 غ = قرصين = محتوى فقاوة واحدة
من الأفضل بلع القرصان في بداية الطعام

PPV: 138,30
LOT: 649216
PER: 03/24

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance

00/55

BiOMYLASE®

3000 U.CEIP

ALPHA-AMYLASE

VOIE ORALE

24 
COMPRIMÉS
ENROBÉS

				PENDANT
				
				
				
				
				REPAS

Laboratoires SOTHEMA
CARBOSYLANE
Boîte de 48 gélules (24 doses)



PPV 44.80 DH

6 118001 070886



 POLY MÉDIC

PPV DH:

LOT:
EXP:

DISPO:

SEMENT:

98,90
AEC623
10/2024

3211639