

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'Ho.
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-014539

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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
22.2.23	C		172	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

	22	
	8	
	23	73 830

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

AM

PC

IM

IV

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 :

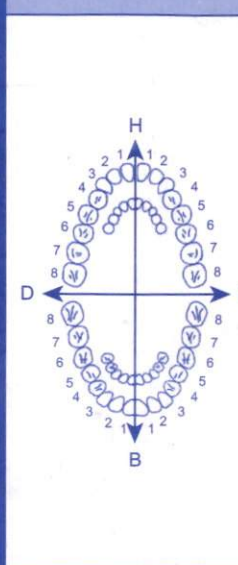
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

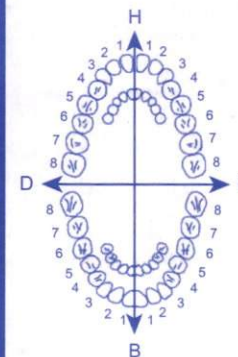
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur KHABER Bouchaïb

Ex. Interne des Hôpitaux de France
Médecine Générale
Echographie

D.I.U de Diabétologie et Nutrition
De Montpellier

Ex. Méd. Chef de Polyclinique
Hay Mly. Rachid

Médecin Expert auprès des Tribunaux
Médecin agréé pour la Délivrance des Certificats
d'aptitude pour le permis de conduire

Tél.: 05 22 81 30 78

GSM : 06 61 14 50 50

الدكتور خابر بوشعيب

داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا

الطب العام

الفحص بالصدى

دبلوم داء السكري و التغذية من مونبيلي

رئيس سابق بمستشفى (ص.و.ض.ج)

مولاي رشيد

دكتور خبير محلف لدى المحاكم

طبيب معتمد لمنح شواهد رخص السياقة

الهاتف : 05 22 81 30 78

المحمول : 06 61 14 50 50



Casablanca, le : 22 8 23 في: الدار البيضاء،

Regard de la

Diabète (14)



4400
23
13200

Regard de la (13)



14000
23
42000

Regard de la (12)



8730

DR KHABER Bouchaïb
Médecine Générale
Sidi Maârouf 1 - Rue 89 N° 154
CASABLANCA Tél : 81.30.78

9900
73830

سيدي معروف (1) زنقة 89 الرقم 154 - الدار البيضاء

Sidi Maârouf (1) Rue 89 N° 154 - CASABLANCA



LOT : 1966
PER : 08.24
P.F.V : 99DJH00



6 118000 050247

44,00 DHS
Prix Public de Vente
AMM 121/17DMP/21/NRO

 - Maroc

377676F



6 118000 050247

44,00 DHS
Prix Public de Vente
AMM 121/17DMP/21/NRO

 - Maroc

377676F

BIAFIN

BIAFINE®

بيافين

ترولامين



بيافين

ترولامين



Julphar

mebo

0,25%



Pommade dermique

Tube de 30 g

mebo

0.25% W/W β -sitosterol

30 g

Pommade à base de plantes

Brûlures | Plaies | Ulcères cutanés

Composition:

Extrait de l'huile de sésame (β -Sitostérol)..... 81-85 /100g

Excipient QSP tube de 30 g

Excipient à effet notoire: Huile de sésame

Conserver à une température ne dépassant pas 25°C

Ne pas Laisser à portée et à La vue des enfants.

Pour les indications, les contre-indications, Les effets secondaires, La posologie: voir notice

PPV: 140,00 Dhs

AMMN°:318/12 DMP/21/NCF

Julphar

mebo

0,25%



Pommade dermique

Tube de 30 g

mebo

0.25% W/W β -sitosterol

30 g

Pommade à base de plantes

Brûlures | Plaies | Ulcères cutanés

Composition:

Extrait de l'huile de sésame (β -Sitostérol)..... 81-85 /100g

Excipient QSP tube de 30 g

Excipient à effet notoire: Huile de sésame

Conserver à une température ne dépassant pas 25°C

Ne pas Laisser à portée et à La vue des enfants.

Pour les indications, les contre-indications, Les effets secondaires, La posologie: voir notice

PPV: 140,00 Dhs

AMMN°:318/12 DMP/21/NCF

Julphar

mebo

0,25%



Pommade dermique

Tube de 30 g

mebo

0.25% W/W β -sitosterol

30g

Pommade à base de plantes

Brûlures | Plaies | Ulcères cutanés

Composition:

Extrait de l'huile de sésame (β -Sitostérol)..... 81-85 /100g

Excipient QSP tube de 30 g

Excipient à effet notoire: Huile de sésame

Conserver à une température ne dépassant pas 25°C

Ne pas Laisser à portée et à La vue des enfants.

Pour les indications, les contre-indications, Les effets secondaires, La posologie: voir notice

PPV: 140,00 Dhs

AMMN°:318/12 DMP/21/NCF