

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

178615

Déclaration de Maladie : N° P19-0005307

Maladie

Dentaire

Optique

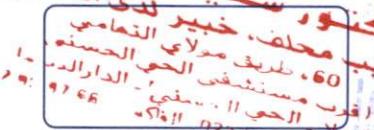
Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5973 Société : R.A.M.
 Actif Pensionné(e) Autre : V.P. LABIOTI Adhérent
 Nom & Prénom : KHADIY Yamm Date de naissance : 25/11/1965
 Adresse : Cite de la commune urbaine B. 06N-272 ouff.
 Tél. : 06.22.66.46.6 Total des frais engagés : 916.70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/08/2023

Nom et prénom du malade : LABIOTI YAHYA Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Blachic

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 : Casablanca Le : 12/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	<u>28</u> <u>08</u> <u>23</u>	<u>741.70</u>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAÎRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

D		H
	25533412 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553	21433552 00000000

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزوولي

طبيب محلف

غير ملحوظ

Casablanca, le

28/08/2023

الدار البيضاء، في

1. Regik

40,010



33405

2. Cetimod 20

139,50

34 le Cet



6710

3. Lovacut 500

98,80 x 2



2670

4. Nefafadet 160

49,60

29 AS



5. Ocre gel 4

40,10

1 day / Msc



6. Kynplase gel

40,50

1 CS x 2



7. Zimakut 150

21,60

100 ml



ي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي العسكري - الدار البيضاء

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

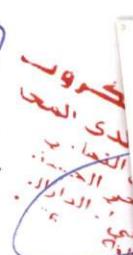
Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: E-mail : drgzsa@gmail.com - INPE :

pharmacie HIND
Lot Municipal Bloc 11
4516 Bis Hay Hassani
Casab - Tél.: 0522 914 457

أملاز ديم

200U.CEIP/ml

الفا أملاز

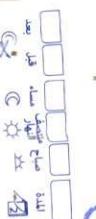


51469500 - IF : 51469500

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90 EXP 06/2025
LOT 10058 57

20 comprimés effervescents



زناسكين
20 comprimés effervescents
189,50

D-CURE® FORTE

3 ampoules buvables

PPV: 49,60 DH
LOT: 23A31
EXP: 01/2026

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 10/2025
LOT 2N034.7

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 09/2025
LOT 28057 5

Cotipred®

prednisolone

(métasulfobenzoate sodique)

20 mg

Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme de métasulfobenzoate sodique)
Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total quatre cents milligrammes de prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications, contre indications, excipients et effet notoire : voir notice

PPV: 40DH00

PER: 02/26
LOT: M717

bottu
B2: Atte des Commerces - Ain Sefra - Casablanca
S.Bedhouch - Pharmacien Responsable

20 comprimés effervescent sécables

AZIX®
Azithromycine
500 mg
voie orale

79,50

PPV 79DH10
PER 01/26
LOT M785

x3
Ged