

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.



178615

Déclaration de Maladie : N° P19-0005307

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5973 Société : RAN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Vep LABITOT Nbrinet
 Nom & Prénom : KHADRY YAMMA Date de naissance : 25/10/1965
 Adresse : Cité de la commune urbaine B. 26/10/23 2 oulf
 Tél. : 062266466 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 : LABITOT YAMMA Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Biscule

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) :

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 15/06/2023 | C | | 2000 | <p>دكتور سعيد خضير النجاشي</p> <p>طبيب مختص في طب الأطفال</p> <p>IPNE : 091065666</p> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------------|-----------------------|
|  | 28 02 23 | 741.70 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX

[illegible]

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAİRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

| | | | | |
|---|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|
| | D 00000000 35533411 | G 00000000 11433553 | MONTANTS DES SOINS | <input type="text"/> |
| | B | | | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS | <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION | <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 الغزولي

طبيب محلف

خبر لدى المحاكم

Casablanca, le 28-08-2023 في الدار البيضاء، في

1. Fkik

139.50

2. Corti Mod 20

139.50 34 le Car

3. Lovane 500

98.80 x 2

4. Ved fad 160

49.60

5. D Que fad

40.10 ray/mas

6. Amplose Que

40.50

7. Zina Kni

246.60

Pharmacie HIND
Lot Municipal Bloc 11
N° 516 Bis Hay Hassani
Casablanca - Tél: 0522 914 457

أميلاز
ريم

200 U.CEIP/ml

ألفا أميلاز

في (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) مازولا - الحي الحسناني - 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 :

IF: 51469500

ZINASKIN® 45 mg

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

20 comprimés effervescents



500 mg
10 أقراص متفجرة قابلة للذوبان
من طريق الفم

لوقازينك
بيطوكلوكساسين

139,50

Formule :

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

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

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

PPV : 40DH00

PER : 02/26

LOT : M717

b

bottu
82, Allée des Casantrats - Ain Seba - Casablanca
S.Bachouch - Pharmacien Responsable

Cotipred®
prednisolone

(métsulfobenzate sodique)

20 mg

20 comprimés effervescents sécables

AZIX
Azithromycine

500 mg
Voie orale

79,70
PPV 79DH10
PER 01/26
LOT M185

x3
Ged