

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

- 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.

M22- 0024927

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 559 Société : RAM 18/2089

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RAKRARI ALANI

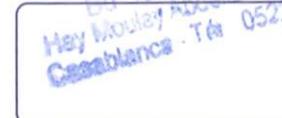
Date de naissance : 1942

Adresse : AGNOUSAY AB DELAHIR, 7 N°48

2665405176 Total des frais engagés : 100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 79

Nom et prénom du malade : SAMIR ELBATOUZ Age: 79

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hypertension HTA

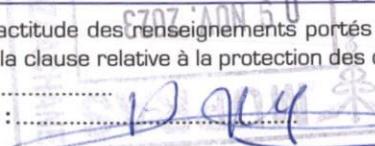
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : HTA

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 : 05/02/2018 Le : 05/02/2018

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE 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
29/11/2013	CLA	1	10000	RECEUVE DES HONORAIRES DR. BOURGEOIS N° 1234567890 PAR M. BOURGEOIS LE 22/11/2013 Signature : Dr BOURGEOIS

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>HARMAZ</i> <i>DIOUF MO ADOU</i> <i>133, Bd Taza Hay</i> <i>Tél : 05 22 21 59 66</i>	<u>09/11/2023</u>	<u>2779,42</u>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Médecine Générale
Echographie
Circoncision des Enfants
Diabétologie
Ex Médecin Militaire
Expert assermentée
Agrée pour la délivrance
des Certificats médicaux
des permis de conduire
Autorisation d'exercer N° - 7147 -



الطب العام

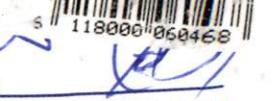
الفحص بالصدى - ختارة الأطفال
مرض السكري
طبيب عسكري سابق
خبير معلم لدى المحاكم
مقبول لتسليم شواهد
رخص السيارة
رخصة العمل رقم - 7147

Tél: 05 22 21 64 58 : الهاتف

Casablanca, le:

09/11/2013 الدار البيضاء :

SMIR REC B7704



439,00
98,40 x 3
N° Apidex S.N.
214,00 8 U.I. x 3 P
E = lantus
34,60 x 5 15. U.I. / 5.
2 - lantus S.N.
35,70 x 3
4 -
82,70 x 3
N° Kondopin
188,10 S.N.

زاوية شارع تازة ونهر جبل صغير (زنقة 50 سابقا) رقم 2 فوق صيدلية الأزهار هي مولاي عبد الله - عين الشق الدار البيضاء
Angle Bd Taza et Allée Djebel Sagro (Ancienne Rue 50) N°2 au-dessus Pharmacie Azhar Hay Moulay Abdellah Ain Chock - Casablanca

في حالة الإستعمال اتصلوا بـ En Cas d'urgence contactez le Gsm : 06 63 09 08 50

65 Diprostone & 11/10

37.60 x 10

S.V.

8.5 Fucidine

38.70 x 10

= 2779,40.

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml inj b1 sty
P.P.V : 439,00 DH

6 118001 081639

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml inj b1 sty
P.P.V : 98,40 DH
6 118001 081622

DR. BOUJEDDAR TSOUSSI
MAISON PHARMACEUTIQUE
El Jadida 50100
Casablanca Tel: 0522 21

LOT : 804
PER : JAN 2026
PPV : 37 DH 60

LOT : 804
PER : JAN 2026
PPV : 37 DH 60

فوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ

39,70.

فوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ

39,70.

Fucidine® 2%
pommade Tube de 15 g

39,70.

فوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ

39,70.

LOT : 687
PER : MAR 2024
PPV : 37 DH 60

LOT : 801
PER : DEC 2025
PPV : 37 DH 60

فوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ

39,70.

LOT : 801
PER : DEC 2025
PPV : 37 DH 60

فوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ

39,70.

Fucidine® 2%
pommade Tube de 15 g

39,70.

فوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ

39,70.

فوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ

39,70.