

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Déclaration de Maladie

N° W21-820734

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : ELOMARI IMANE

Date de naissance : 22/02/1975

Adresse : 84 LOT JAWHAR TARGA - MARJANECH

Tél. : 066147355 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Ihane ELOMARI
Médecin
INPE : 071209530

Date de consultation : 18/12/2023

Nom et prénom du malade : Imane ELOMARI Age : 48 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ACNE + hyperhidrose + Rhinite

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 : MARJANECH Le : 20/12/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-820734

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
18/12/2023			6	INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
				Jihane ELOMARI Medecin 071209530

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18.12.21	328,20

[illegible][illegible]

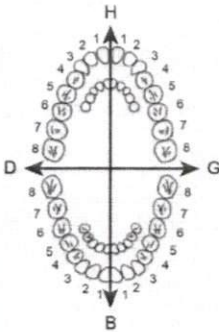
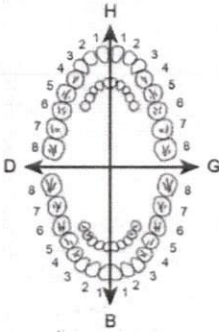
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaux, 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"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le: 18/12/2023

PHARMACIE PREMIUM
SARL AU
Propriété Jawhar 2-115 Marrakech
Tél: 05 24 49 59 69
ICE: 00168C249000080

ORDONNANCE

146,60 *unane elomar*

① - epiduo

47,80 *1 app / J*

② - DAZEN

45,00 *1 cp x 2 fls*

③ - zovirax *creo*

88,90 *1 app x 3 fls*

④ - oto san

328,30 *1 app x 3 fls*

PHARMACIE PREMIUM
SARL AU
Propriété Jawhar 2-115 Marrakech
Tél: 05 24 49 59 69
ICE: 00168C249000080

Jihane ELOMAR
Médecin
INPE: 071209530



GALDERMA

EPIDUO GEL



Tube de 30 g

PPV: 146,60 DH

AMM N°02/14 DMP/121 / NRQ

Distribué par SOTHEMA

B.P. N°1, 27182-Bouskoura



6 118001 071692

voie cutanée

GEL

adapalène / peroxyde de benzoyle

0,1% / 2,5%, gel

Epiduo

Epiduo

0,1% / 2,5%, gel

adapalène / peroxyde de benzoyle

GEL

voie cutanée

ID: 651076

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 45,00 DH
6 118001 141548



À conserver à une température ne dépassant pas +25°C.

NE PAS REFRIGÉRER.

NE PAS AVALER.

NE PAS APPLICATIONNER SUR L'OEIL, À L'INTERIEUR

DE LA BOUCHE ET À L'INTERIEUR DU VAGIN.

VOIE CUTANÉE.

ENFANTS.

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES

LIRE LA NOTICE AVANT UTILISATION

Excipients à effet notoire: Alcool cétostéarylique,

propylène glycol et laurilsulfate de sodium.

5 g

COMPOSITION:

LOT AN5B

EXP 07-2025



PPV:
EXP:
Lot N°:

45160

INPE : 07120530
Medicine
Hippocrate EL OMARI

دازين 10.000 وحدة سرابتاز

40 قرصا ملبسا
معدى - مقاوم
عن طريق الفم



مختبرات سنتمديك
20 - 22 زنقة زبير بن العوام
الصخور السوداء - الدار البيضاء

DASEN® 10 000 UI

Serrapeptase

40 Comprimés enrobés gastro-résistants



6 118000 181064

OTOSAN[®]

ISOPHARM

OTOSAN
NASAL AD

88.90 dhs

NASAL
SPRAY

Forte

OTOSAN[®]

NATURAL PRODUCTS FOR A BETTER LIFE

NASAL SPRAY

Forte

Effetto decongestionante
Efecto descongestionante
Abschwellende Wirkung
Effet décongestionnant
Decongestant effect

يزيل الاحتقان

organic
BIO
extracts

CE

Medical device

30 ml e
مل 30



LOT

SN136

Exp

2025/04

16281



8 016887 000110