

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 188009	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	ELOMARI IMAINE
Nom & Prénom : Imane ELOMARI		Date de naissance : 22/02/1975	
Adresse : 84 Lot JAWHAR TAGA - MARNAÏCH		Tél. : 0661473555 Total des frais engagés : 2.000 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	 18/12/2023		
Date de consultation :	18/12/2023		
Nom et prénom du malade :	Imane ELOMARI		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Acne + hypes labial + 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 : 21/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 21/12/2023

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.

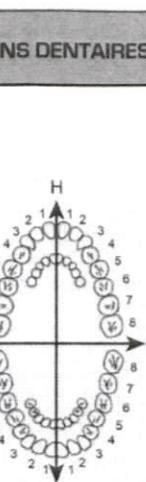
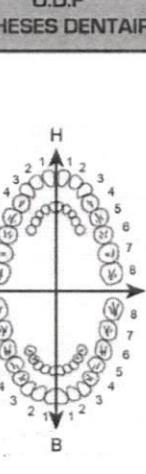
Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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
18/12/2023			()	INP : <input type="text"/> Jihane ELOMARI Médecin 071209530

— VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																																		
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.																																		
 SOINS DENTAIRES				INP : <input type="text"/> / <input type="text"/>																														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																														
				MONTANTS DES SOINS																														
				DEBUT D'EXECUTION																														
				FIN D'EXECUTION																														
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES																														
					DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>						H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		<hr/>			D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		
					H		G																											
					25533412	21433552																												
					00000000	00000000																												
<hr/>																																		
D		G																																
00000000	00000000																																	
35533411	11433553																																	
B																																		
COEFFICIENT DES TRAVAUX																																		
MONTANTS DES SOINS																																		
DATE DU DEVIS																																		
DATE DE L'EXECUTION																																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																		

PHARMACIE PREMIUM
SARL AU
Propriétaire : Jaber 2-115 Marrakech
Tél : 05 24 49 59 69
TELE : 00168C24900080
③

Le : 18/12/2023

ORDONNANCE

1446, 60 Mme Elomari.



① - epiduo .



47.80 tapp / J.

② - DAZEN .



45,00 tcp x 2 fls.

③ - zontilax cre



88.90 tapp x 3 fls.

④ - otosan

x 3 fls

328,70 tapp

PHARMACIE PREMIUM
SARL AU
Propriétaire : Jaber 2-115 Marrakech
Tél : 05 24 49 59 69
TELE : 00168C24900080
③

Ministère de la
Santé et du Développement
Social
Comité de Santé
Communautaire
RASIDI
Jihane ELOMARI
Medecin
INPE : 079 209530

GALDERMA

EPIDUO GEL

Tube de 30 g

PPV: 146 60 DH

AMM N°02 / 14 DMP / 2011/NR

B.P. N° 27182-Bouskoura

6 118001 071692



ID: 651076
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 45,00 DH
9 118001 141548

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

NE PAS BRÉFÉGÉFER

NE PAS AVALLER

DE LA BOUCHE ET A L'INTEGRALE DU VAGIN

VOIE CUTANÉE

ENFANTS

MINIMUM DE LA PERTURE ET DE LA VIE DES
DÉPONIERS

UNE LA NOTICE AVANT UTILISATION
Des personnes à effet lentolentes: Aller voir un spécialiste de soins

Propriétés glycol et lanolinylate: Aller voir un spécialiste de soins

Des personnes à effet lentolentes: Aller voir un spécialiste de soins

Composition : 5 g

adapalène / peroxyde de benzoyle

30 g
B5 ANS LOT
EXP 07-2025



GEL

0,1% / 2,5%, gel

Epiduo

Epiduo

0,1% / 2,5%, gel

adapalène / peroxyde de benzoyle

GEL

voie cutanée

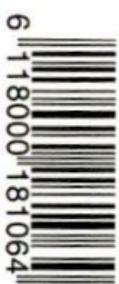
LINE: 02230336
TÉLÉCOMS
ligne ELMOWAR

دازين 10.000 وحدة
سرابيتاز

40 غرصة ملبوساً
معدى - مقاوم
عن طريق الفم



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



DASEN® 10 000 UI
Serrapeptase
40 Comprimés entrobés gastro-résistants

OTOSAN®

ISOPHARM
OTOSAN
NASAL AD
88.90 dhs

يزيل الاحتقان

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

30 ml e
30 مل

organic
BIO
extracts

Medical device



0°C



LOT

SN136

Exp

2025/04

1628



8 016887 000110