

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



Déclaration de Maladie

N° W21-687206

197296

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *YAHZI SAWA*

Date de naissance :

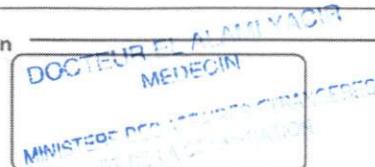
Adresse :

Tél. : *06 61 29 14 59* Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *02/01/2024*

Nom et prénom du malade : *NEJJA JABALI DINE* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *dyslipidémie*

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 : *RABAT*

Le : *27/02/2024*

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-687206

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
03/01/2024	C	Galant	INP : 1011 81 86 1	DOCTEUR Dr. ALEXANDRE MARCHAND Assurance Maladie et cotisation

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BILKA Avenue BILKA Rabat - Tél: 0537 102010914 INT'L	03/11/24	747,93

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* 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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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							
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>		H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	G							
		25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553							
		D	B							
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>						
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>						
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Ministère des Affaires Etrangères
et de la Coopération Internationale

Antenne Médicale
Dr. EL ALAMI Yacir
INPE:101181865

Rabat le : 03/01/2024

ORDONNANCE MEDICALE

NEJJA TARALBA

Pharmacie BIR KACEM
Avenue Bir Kacem, Souissi
Rabat - Tél: 0537.65.38.20
INPE: 10201591

115,10 x 9!
- Cipant My P

1 Cpt 3 mn 8

114,11
- Cestor f

17,11 8 1 Cpt 3 mn

- Li notx
24,7,1992 Cpt 15 81 ✓ pas

LIPANTHYL® 200M

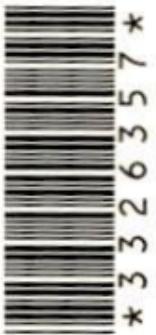
FÉNOFIBRATE

MICRONISÉ

200

30 GÉLULES

بانتيل®
30 كبسولة



maphar

ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc

LIPANTHYL® 200 mg Gel B30

P.P.V. : 115,50 DH



المالك:

Titulaire de l'AMM au Maroc :

Maphar

Km 10, route côtière 111

Quartier industriel Zenata

Ain Sebâa - Maroc

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

المصنع

Fabricant : RECIPHARM FONTAINE - Rue des Prés Potets 21121 Fontaine les Dijon - France

LIPANTHYL® 200M

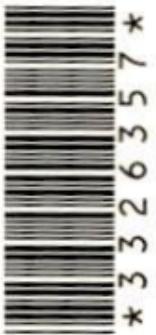
FÉNOFIBRATE

MICRONISÉ

200

30 GÉLULES

بانتيل®
30 كبسولة



maphar

ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc

LIPANTHYL® 200 mg Gel B30

P.P.V. : 115,50 DH



المالك:

Titulaire de l'AMM au Maroc :

Maphar

Km 10, route côtière 111

Quartier industriel Zenata

Ain Sebâa - Maroc

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

المصنع

Fabricant : RECIPHARM FONTAINE - Rue des Prés Potets 21121 Fontaine les Dijon - France

LIPANTHYL® 200M

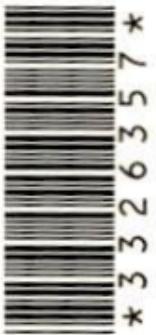
FÉNOFIBRATE

MICRONISÉ

200

30 GÉLULES

بانتيل®
30 كبسولة



maphar

ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc

LIPANTHYL® 200 mg Gel B30

P.P.V. : 115,50 DH



المالك:

Titulaire de l'AMM au Maroc :

Maphar

Km 10, route côtière 111

Quartier industriel Zenata

Ain Sebâa - Maroc

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

المصنع

Fabricant : RECIPHARM FONTAINE - Rue des Prés Potets 21121 Fontaine les Dijon - France

LIPANTHYL® 200M

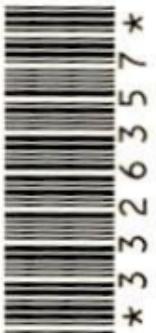
FÉNOFIBRATE

MICRONISÉ

200

30 GÉLULES

بانتيل®
30 كبسولة



maphar

ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc

LIPANTHYL® 200 mg Gel B30

P.P.V. : 115,50 DH



المالك:

Titulaire de l'AMM au Maroc :

Maphar

Km 10, route côtière 111

Quartier industriel Zenata

Ain Sebâa - Maroc

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

المصنع

Fabricant : RECIPHARM FONTAINE - Rue des Prés Potets 21121 Fontaine les Dijon - France



PPV: 171,80 DH
EXP: OCT 2025
LOT: M0056

10 أقراص ملبدة

مضاد حيوي واسع الطيف

سيبروفلوكساسين

سيبروفلوكساسين 500 mg



Ciproxine® 500 mg

Ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés
Bayer S.A.



0170112

30 قرص مغلف

5 مجم



دواء فاسطاني
عن طريق الفم

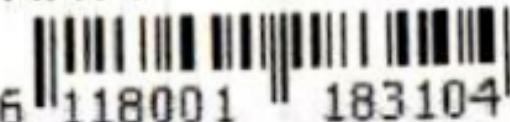
CRESTOR®

rosuvastatine

5 mg

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH



6 118001 183104

30 comprimés
pelliculés

Voie Orale

AstraZeneca