

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ialogie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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

Nº P19- 0045514

Optique **14094** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **9696** Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **Samia Zadi**

Date de naissance : **01/08/1963**

Adresse : **138, ESTOMA, Derna**

Tél. : **0671762316** Total des frais engagés : **2516,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **26 DEC. 2019**

Nom et prénom du malade : **CASABLANCA** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : **26/12/2019**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº **P19-045514**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : **9696**

Nom de l'adhérent(e) : **Samia Zadi**

Total des frais engagés : **2516,00**

Date de dépôt : **26/12/2019**

Coupon à conserver par l'adhérent(e). **ACCUEIL**

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 INPE 062084025	20/11/15	2514,00 DH

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

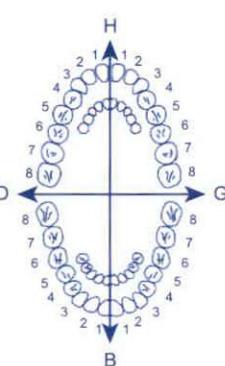
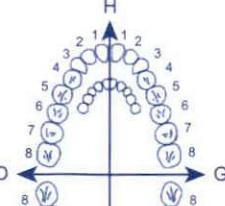
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			OCCICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000	G	21433552 00000000
	D	00000000 35533411	B	00000000 11433553
				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 ben msik

N° de facture : 174

Client : Laidi Samaoui

Date : 20/11/2019

Médicament	Nombre	P.U	Total
Slalevo 150	6	419.00	2514.00
Total			2514.00

Patente : 55805700

PHARMACIE BEN M'SIK
MAROUANE MSIK
Docteur En Pharmacie
Lot. Khadija Bd. Our Rbiaa
Gsm : 05 22 53 20 58

Adresse : Lot khadija Deroua

STALEVO 150/37.5/200 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 419,00 DH



6 118001 030736

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة 1 - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

tulaire de l'AMM dans le pays d'origine/
صاحب الرخصة في البلد الأصلي
Novartis Pharma Schweiz AG, Risch, Suisse/
نوفارتبس فارما شفايس أ.ج.، ريش، سويس
titulaire de l'AMM au Maroc/
صاحب الرخصة في المغرب
Novartis Pharma Maroc /
نوفارتبس فارما المغرب
fabriqué par/
صنع من طرف
Orion Corporation, Orion Pharma Espoo Finlande/
أوريون كوربوريشن أوريون فارما فنلاند

STALEVO 150/37.5/200 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 419,00 DH



6 118001 030736

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة 1 - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

tulaire de l'AMM dans le pays d'origine/
صاحب الرخصة في البلد الأصلي
Novartis Pharma Schweiz AG, Risch, Suisse/
نوفارتبس فارما شفايس أ.ج.، ريش، سويس
titulaire de l'AMM au Maroc/
صاحب الرخصة في المغرب
Novartis Pharma Maroc /
نوفارتبس فارما المغرب
fabriqué par/
صنع من طرف
Orion Corporation, Orion Pharma Espoo Finlande/
أوريون كوربوريشن أوريون فارما فنلاند

STALEVO 150/37.5/200 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 419,00 DH



6 118001 030736

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة 1 - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

tulaire de l'AMM dans le pays d'origine/
صاحب الرخصة في البلد الأصلي
Novartis Pharma Schweiz AG, Risch, Suisse/
نوفارتبس فارما شفايس أ.ج.، ريش، سويس
titulaire de l'AMM au Maroc/
صاحب الرخصة في المغرب
Novartis Pharma Maroc /
نوفارتبس فارما المغرب
fabriqué par/
صنع من طرف
Orion Corporation, Orion Pharma Espoo Finlande/
أوريون كوربوريشن أوريون فارما فنلاند

STALEVO 150/37.5/200 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 419,00 DH



6 118001 030736

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة 1 - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

tulaire de l'AMM dans le pays d'origine/
صاحب الرخصة في البلد الأصلي
Novartis Pharma Schweiz AG, Risch, Suisse/
نوفارتبس فارما شفايس أ.ج.، ريش، سويس
titulaire de l'AMM au Maroc/
صاحب الرخصة في المغرب
Novartis Pharma Maroc /
نوفارتبس فارما المغرب
fabriqué par/
صنع من طرف
Orion Corporation, Orion Pharma Espoo Finlande/
أوريون كوربوريشن أوريون فارما فنلاند

STALEVO 150/37.5/200 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 419,00 DH



6 118001 030736

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة 1 - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

tulaire de l'AMM dans le pays d'origine/
صاحب الرخصة في البلد الأصلي
Novartis Pharma Schweiz AG, Risch, Suisse/
نوفارتبس فارما شفايس أ.ج.، ريش، سويس
titulaire de l'AMM au Maroc/
صاحب الرخصة في المغرب
Novartis Pharma Maroc /
نوفارتبس فارما المغرب
fabriqué par/
صنع من طرف
Orion Corporation, Orion Pharma Espoo Finlande/
أوريون كوربوريشن أوريون فارما فنلاند

STALEVO 150/37.5/200 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 419,00 DH



6 118001 030736

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة 1 - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

tulaire de l'AMM dans le pays d'origine/
صاحب الرخصة في البلد الأصلي
Novartis Pharma Schweiz AG, Risch, Suisse/
نوفارتبس فارما شفايس أ.ج.، ريش، سويس
titulaire de l'AMM au Maroc/
صاحب الرخصة في المغرب
Novartis Pharma Maroc /
نوفارتبس فارما المغرب
fabriqué par/
صنع من طرف
Orion Corporation, Orion Pharma Espoo Finlande/
أوريون كوربوريشن أوريون فارما فنلاند