

COMMANDEMENTS IMPORTANTS A LIRE POUR 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

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



Conjoint

MD: 29842
B Guettouf
M le 20/48

Déclaration de Maladie : N° P19- 0007335

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2009 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : B Guettouf Amine Date de naissance : 11/04/56

Adresse :

Tél. : 0522711176 Total des frais engagés : 550,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 23/06/2020

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
17/06/20	C2		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/06/20	250,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

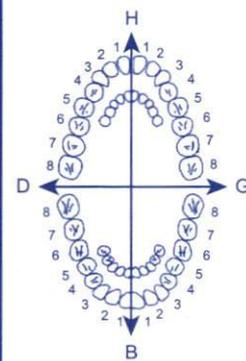
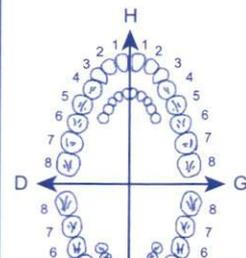
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le b

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																		
				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	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																			
		25533412	21433552																		
00000000	00000000																				
D																					
00000000	00000000																				
35533411	11433553																				
B																					
G																					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		

Dr. CHRAIBI Mohamed Chakib

CABINET D'OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE
ET DE CHIRURGIE MAXILLO - FACIALE

Angle Bd Abdelmoumen et
82, Rue Soumaya (Immeuble Renault)
3ème Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

للشرايبي محمد شكيب

نص الأنف - الأذن - الحنجرة
جراحة الوجه و العنق

زنقة سومية - شارع عبد المومن
عمارة رونو - الطبقة 3 - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

Casablanca, le : 17/6/2017 في: الدار البيضاء

D. Sekkat Laila

60,10 x 2

1) 190 milla 2m 2 min
8 x 8,1

90,50 4 X 7,4
4 x 8

39,90 3) 8,00
2 x 4,1

250,60

Pharmacie LILAS.M
Mme. SEKKAT Laila
4 bis, Rue Reaumur / Bd. Abdelmoumen
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél/Fax : 0522 27 65 80

Dr. Chraïbi, Chakib
Spécialiste O.R.L.
Tél: 0522 25 26 19 / 0522 98 72 37

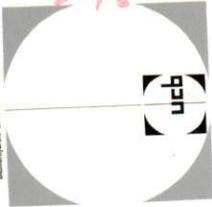
LOT 192542 1

EXP 11 2023

PPV 90 50

99,50

Xyzall 5 mg
Desloratadine 5 mg comprimés



Xyzall 5 mg
28 comprimés pelliculés



6 118000 021599

[Faint, illegible text, possibly a stamp or handwritten note]

Exomuc®

acétylcystéine 200 mg

Granulé
sans sucre
30 sachets

LOT 19011
PER DEC 21
PPV 39DH90

39,90



Maxilase®



MAUX DE GORGE/SORE THROAT

ALPHA-AMYLASE 3000 U.C.EIP

24 COMPRIMÉS ENROBÉS/COATED TABLETS

sanofi-aventis France
1-13, boulevard Romain Rolland
75014 Paris, France

Fabricant / Manufacturer / المصنّع:

Sanofi Winthrop Industrie
1, rue de la Vierge
Ambarès-et-Lagrave
33565 Carbon Blanc, France

Medicament autorisé /
Authorized medicine /
أدوية مرخصة رقم:
34009 30653074



Distribué sous licence
par LAPROPHAN
21, rue des Oudaya
CASABLANCA - Maroc

580735

Lire attentivement la notice avant utilisation.
A conserver à une température inférieure à 25°C.
TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.

Read carefully the package insert before use.
Store below 25°C.
KEEP OUT OF THE REACH AND SIGHT OF CHILDREN.

Maxilase® DORES DE GARGANTA

ADULTO

Via oral.

24 comprimidos revestidos

Composição:

Alfa-amilase 3000 U.CEIP
para um comprimido revestido.

Excipientes com efeito

importante:

amarelo alaranjado S (E110),
sacarose, lactose.



Maxilase®



MAUX DE GORGE/SORE THROAT

ALPHA-AMYLASE 3000 U.C.EIP

24 COMPRIMÉS ENROBÉS/COATED TABLETS

sanofi-aventis France
1-13, boulevard Romain Rolland
75014 Paris, France

Fabricant / Manufacturer / المصنّع:
Sanofi Winthrop Industrie
1, rue de la Vierge
Ambarès-et-Lagrave
33565 Carbon Blanc, France

**Médicament autorisé /
Authorized medicine /
مدرج في مجلد الأدوية:**
34009 30653074



Distribué sous licence
par LAPROPHAN
21, rue des Oudaya
CASABLANCA - Maroc

580735

Lire attentivement la notice avant utilisation.
A conserver à une température inférieure à 25°C.
TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.

Read carefully the package insert before use.
Store below 25°C.
KEEP OUT OF THE REACH AND SIGHT OF CHILDREN.

Maxilase® DORES DE GARGANTA

ADULTO

Via oral.

24 comprimidos revestidos

Composição:

Alfa-amilase 3000 U.CEIP
para um comprimido revestido.

Excipientes com efeito

importante:

amarelo alaranjado S (E110),
sacarose, lactose.