

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothésiste :

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

Dhésion 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- 068918

ND: 30056

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01682

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL MANOUNI KHADIDJA

Date de naissance :

Adresse :

CD

Tél. :

Total des frais engagés : 532,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Le : / /

Signature de 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
26/05/2020	C	13000		Signature de Mme Sophie SAVAGE le 26/05/2020

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26.2.2020	472,00

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Docteur Mustapha ERRAJI

MÉDECINE GÉNÉRALE

ECHOGRAPHIE

الدكتور مصطفى الراجي

الطب العام

الفحص بالصدى

Casablanca, le

26/02/2023

ZIAD KTHAFIA

88, 13

Bronchitis

S.V

38, 80

laryngitis

S.V

21

Plaque

larynx

bronchitis

larynx

99,00, 82

debris

S.V

48,45

gastroesophageal reflux

S.V

39,45

Gaviscon

S.V

41,21,00

larynx

S.V

61,21,00

larynx

S.V

en agiter avant usage
enir hors de portée de
Fabricant titulaire de lic
Reckitt Benckiser Health
Gaviscon Advance, l'ép
marqués de commerce.
Utiliser dans les 6 mois à
AMM N°205/15 DMP/21
PPV: 48 DH 40

6



Docteur Mustapha ERRAJI
Médecine Générale - Echographie
Casablanca, Rue 14 N° 6 - 1er Etage
Tél.: 05 22 71 87 30 - GSM : 06 61 95 99 91

جزءة الحرية الزنقة 14 رقم 6 الطابق الأول - سيدى مومن - الهاتف : 05 22 71 87 30 - المحمول : 06 61 95 99 91 - البيضاء
Lot. El Houria, Rue 14 N° 6 - 1er Etage - Sidi Moumen - Tél.: 05 22 71 87 30 - GSM : 06 61 95 99 91

BioVanic 500 mg
7 Comprimés
Deva Pharmaceutique



6118000410065

L DT : MO244
PER : 06/2021
PPV : 87.00 DH

مختبرات ديفا للصيدلة
- امجد صيدل مسقا -

Fluibron® 0,3%
Ambroxol

LOT 181031
EXP 05/2021
PPV 99.00 DH

38,80

LOT 181763
EXP 08/2021
PPV 99.00 DH

LOT 181031
EXP 05/2021
PPV 99.00 DH

PPV:39DH80
PER:07/22
LOT:11702

Laroxyl® 40 mg/ml
Amitriptyline
Gouttes buvables 20 ml



6118001040407