

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.

diologie 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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 230

Société : 52650

Actif Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | Coefficient des travaux Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution |
|-----------------|--|----------------|------------------|-------------|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| O.D.F. Prothèses dentaires | | Détermination du coefficient masticatoire | | Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin d'exécution |
|-------------------------------|----------------------------------|---|----------------------|--|
| | | H | G | |
| DROITE | 11 21 22 23 24 25 26 27 28 | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | |
| HAUT | 12 13 14 15 16 17 18 | 00000000 | 00000000 | |
| BAS | 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 | 35533411 | 11433553 | |

| | | (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires |
|--|--|--|--|---|
| | | | | |

| VOLET ADHERENT | NOM : | Mle |
|--------------------------------------|----------------|------------------------|
| DECLARATION N° P 14 / 0038898 | | |
| MUPRAS | | |
| Date de Dépôt | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes |

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

| | | | |
|--|----------------------------------|--|--|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle 230 | <i>Signature de l'adhérent</i> |
| Nom & Prénom ARRIF Mohamed | | Fonction Retraité Phones 0522577607 | |
| Mail _____ | | | |
| MEDECIN | Prénom du patient Mohamed | | |
| Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age 88 | | Date 01-02-2020 | |
| Nature de la maladie | | Date 1ère visite | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | | |
| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires | |
| CS | | 300,00 DT | |
| PHARMACIE | Date 01/02/2020 | | |
| Montant de la facture 26,92€ | | PHARMACIE DU CHEMIN VERT Dr. de COUDENHOVE 136, rue du Chemin Vert-75011 Paris Tél : 01 47 00 76 52 75 2 033316 | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date _____ | | | |
| Désignation des Coefficients | | Montant détaillé des Honoraires | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX Date _____ | | | |
| Nombre | | | <i>Montant détaillé des Honoraires</i> |
| AM | PC | IM | |



Casablanca, le 01-02-2020

M² AARIF Ché

22.60 x 2

TOPIRAMATE

1 - - - - -

25.00



(78)

1 - - - - - 1

1 - - - - - 1

Pr. M. B.

Professeur Hicham BUIMAN
Neurologue
Clinique Jerrada Oasis
Fix : 05 22 23 81 81
Tél : 06 67 17 33 11

3 més

PHARMACIE IBN EL MÉDINA
BENKRANE HANA
UNILA V RUE 165
CASA TEL 022 58 53 22

Lot: PL1335A

Per: 12/2022

PPV: 22DH60



Lot: PL1335A

Per: 12/2022

PPV: 22DH60



CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 01-02-2020

Facture N° 01882/20

A. Identification

N° Dossier : CJO20B01115215

N° Identifiant : 022557/20

page 1/1

Nom & Prénom : M. ARRIF MOHAMED

C.I.N : B516773

Adresse : CASA

C. Débiteur

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 01-02-2020

Date Sortie : 01-02-2020

Médecin traitant : DR . EL OTMANI HICHAM

Traitement :

| Qté | Prestations | Observation | Prix U. | L.C. | Coef | Total |
|--|-----------------------------------|-------------|---------|------|------|----------------------|
| PARTIE CLINIQUE : | | | | | | |
| HONORAIRES MEDICAUX | | | | | | |
| 1 | DR. EL OTMANI HICHAM (NEUROLOGUE) | | 300,00 | | | 300,00 |
| PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES : | | | | | | |
| Arrêté la présente facture à la somme de : | | | | | | TOTAL GENERAL |
| TROIS CENTS DIRHAMS | | | | | | 300,00 |

Cachet et Signature

Protest du Hicham El OJMANI
Dr. Neurologue
Clinique Jerrada Oasis
Fax : 05 22 23 81 82
Tél : 06 61 17 33 11





Casablanca, le 01 - 02 - 2020

M^e AARIF Med

MYSOLINE 250 mg
1 — 1 — 1

Professeur Michael NORMAN
Neurologue
Clinique Jerrada Oasis
Fix : 05 22 23 81 81
Tél : 06 67 17 22 11

3 mois

MYSOLINE® 250 mg

comprimé sécable

Primidone



50 comprimés sécables

311-FR-2019-N-ET



Composition

Primidone 250 mg
Pour un comprimé sécable.

Voie orale.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.
À conserver à une température inférieure à 25°C.
Lire la notice avant utilisation.



Tenir à l'abri
de la lumière



Tenir à l'abri
de l'humidité

Titulaire/Exploitant:

SERB
40 avenue George V
75008 Paris
FRANCE



Médicament autorisé n°3400930698259

PC: 03400930698259
SN: 862064589127461
Lot: 1911023-FR
Exp.: 10/2022



MYSOLINE® 250 mg

comprimé sécable

Primidone



50 comprimés sécables

03



NIVEAU 2
d'un professionnel de santé.
Ne pas conduire sans faire

Soyez très prudent



Ne pas utiliser chez l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans contre-indication efficace et sûre chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique.

liste II - Utilisation sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

MYSOLINE + GROSSESSE

DANGER

=

MYOLINE + GROSSESSE

MYSOLINE® 250 mg
comprimé sécable
Primidone
50 comprimés sécables



MYSOLINE® 250 mg

comprimé sécable

Primidone



50 comprimés sécables

311-FR-2019-N-ET



Composition

Primidone 250 mg
Pour un comprimé sécable.

Voie orale.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.
À conserver à une température inférieure à 25°C.
Lire la notice avant utilisation.



Tenir à l'abri
de la lumière



Tenir à l'abri
de l'humidité

Titulaire/Exploitant:

SERB
40 avenue George V
75008 Paris
FRANCE



Médicament autorisé n°3400930698259

PC: 03400930698259
SN: 862064589127461
Lot: 1911023-FR
Exp.: 10/2022



MYSOLINE® 250 mg

comprimé sécable

Primidone



50 comprimés sécables

03



NIVEAU 2
d'un professionnel de santé.
Ne pas conduire sans faire



Ne pas utiliser chez l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans contre-indication efficace et sûre chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique.

liste II - Utilisation sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

MYSOLINE + GROSSESSE

DANGER

=

MYSOLINE® 250 mg
comprimé sécable
Primidone
50 comprimés sécables



MYSOLINE® 250 mg

comprimé sécable

Primidone



50 comprimés sécables

311-FR-2019-N-ET



Composition

Primidone 250 mg
Pour un comprimé sécable.

Voie orale.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.
À conserver à une température inférieure à 25°C.
Lire la notice avant utilisation.



Tenir à l'abri
de la lumière



Tenir à l'abri
de l'humidité

Titulaire/Exploitant:

SERB
40 avenue George V
75008 Paris
FRANCE



Médicament autorisé n°3400930698259

PC: 03400930698259
SN: 862064589127461
Lot: 1911023-FR
Exp.: 10/2022



MYSOLINE® 250 mg

comprimé sécable

Primidone



50 comprimés sécables

03



NIVEAU 2
d'un professionnel de santé.
Ne pas conduire sans faire

Soyez très prudent



Ne pas utiliser chez l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans contre-indication efficace et sûre chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique.

liste II - Utilisation sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

MYSOLINE + GROSSESSE

DANGER

=

MYOLINE + GROSSESSE

MYSOLINE® 250 mg
comprimé sécable
Primidone
50 comprimés sécables



MYOSOLINE

II

1 compressa contiene 250 mg di primidone.

Leggere il foglio illustrativo prima dell'uso.

AIC 009340011

TENERE FUORI DALLA VISTA E DALLA PORTATA DEI BAMBINI.

**DA VENDERSI DIETRO PRESENTAZIONE DI
RICETTA MEDICA.**



Controindicato l'uso
contemporaneo di
bevande alcoliche.

Può alterare la capacità di
guidare veicoli e di usare
macchinari.

Prezzo € 4,25

MYOSOLINE

II

1 compressa contiene 250 mg di primidone.

Leggere il foglio illustrativo prima dell'uso.

AIC 009340011

TENERE FUORI DALLA VISTA E DALLA PORTATA DEI BAMBINI.

**DA VENDERSI DIETRO PRESENTAZIONE DI
RICETTA MEDICA.**



Controindicato l'uso
contemporaneo di
bevande alcoliche.

Può alterare la capacità di
guidare veicoli e di usare
macchinari.

Prezzo € 4,25

MYOSOLINE

II

1 compressa contiene 250 mg di primidone.

Leggere il foglio illustrativo prima dell'uso.

AIC 009340011

TENERE FUORI DALLA VISTA E DALLA PORTATA DEI BAMBINI.

**DA VENDERSI DIETRO PRESENTAZIONE DI
RICETTA MEDICA.**



Controindicato l'uso
contemporaneo di
bevande alcoliche.

Può alterare la capacità di
guidare veicoli e di usare
macchinari.

Prezzo € 4,25

CLINIQUE JERRADA OASIS

NOM DU PATIENT : M. ARRIF
MOHAMED
DATE DE NAISSANCE :
14/05/1932
CJO20B01115215



Reçu N°: 36745

Paiement du 01/02/2020 11h58

Actes

Montant

300,00 Dh

Type de paiement

Espèce