

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-548471

ND : 35466

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12327

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FIDAGHRI FILALI RAYAN

Date de naissance : 02/09/1985

Adresse : Res AL FIRDAous GH25 IN 44 App22

Tél. : 06 61 08 77 28

Total des frais engagés : 400,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/08/2020

Nom et prénom du malade : FIDAGHRI FILALI RAYAN

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *infection urinaire*

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

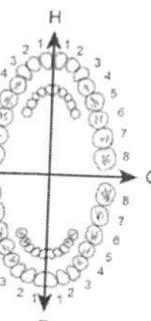
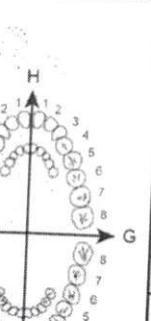
Signature de l'adhérent(e) : *Rayan*

Le : 03/08/2020

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
04-07-2008	Ca	1	810	INP : 091115965 SOCIETE BOURGEOIS DOCTEUR JEFFREY MELAAN SOCIETE D'ACQUA FRANCIA Signature

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		

VOLET ADHÉRENT

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'ODF														
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
		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="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	21433552	D	00000000	B	00000000	G	11433553	35533411	
H	21433552													
D	00000000													
B	00000000													
G	11433553													
35533411														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Docteur YSSEF Boujemaâ

PÉDIATRE

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Grenoble

Echographie

Lauréat de la Faculté
de Médecine de Montpellier

D.U. Pédiatrie en Maternité
Faculté de Médecine Paris-Sud

190, Rue Mostafa El Maâni. Casablanca

الدكتور يوسف بوجمعة

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

خريج كلية الطب باكرونيل

الفحص بالصدى

خريج ممتاز من كلية الطب بمونبولي

طب الطفل عند الولادة

كلية الطب - باريس

190، زنقة مصطفى المعاني. الدار البيضاء

Tél. Cabinet { 05 22 20 72 10
 { 05 22 22 01 46
 { 05 22 22 21 48

GSM : 06 68 79 27 94

بالموعد

Casablanca, le 24.07.2020 الدار البيضاء، في

MDAGHARI → FILALI RAMAN

Triforin 15
150 ml

ulfor 150 ml

CO-TRIM®
Sulfaméthoxazole- Triméthoprime
NPF : 092642921
NFS : 1864-177-1030045
Tel : 06 22 22 11 40 - R.C. Casablanca
Rond Point Mers Suleim 2000 Casablanca
Pfizer
Molatin

PPD 210H20
EXP 01/2023
LOT 90018 4



21,20 < Cotrim 8mg
Amoxic et Et Sulf x 60

21,80 - Fétezy l. Rump
Amende au client & G. in

20-30mn avant le repas

148^o NOVALAC  

Suppe : 2f | Riz Cacoufe
240,20 11 | poume le Terre |

poume - Dinde
Ldn.

Docteur  
190. Rue Moustapha El Maâni
CASABLANCA

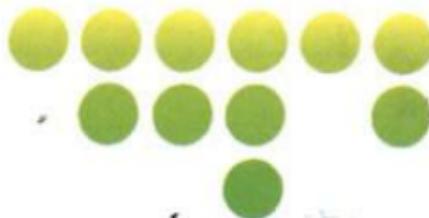
PIRAME
MORUMACIE
Rond Point Phare
Tel : 05 22 16 54
GSS : 05 22 16 54
1064, 22, rue Moustapha El Maâni
ICE : 11, 10, 2600
N° : 104502, R.C. 2600
NPE : 0018977, Palais N° 149884
0920 492671, 045 3406256

Docteur  
190. Rue Moustapha El Maâni
CASABLANCA

اولترا-لوقير®

CNCM I-745

ساکارومیسیس بولاردی



أكياس
ملع

10

BIOCODEX
Maroc

BIOCODEX MAROC PPV 38.10 DH

06/22

06/19

3474

بولي

لوك

لوك

Metronidazole

4%

Flagyl®

Flagyl 4%

Respecter les doses prescrites

احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

PER : 06 2021

LOT : 19E003

6
FLAGYL 4%
SUSP BUV FL 120 ML
P.P.V : 320H90
0



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1 - Aïn Sebaâ
20250 Casablanca