

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.

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 066265

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

41485 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2582 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HOURI Abdessalmane

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : 90, Résidence Nour Amira

M. Abdellah / EL Jadda

Tél. : 06 22 83 51 37 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 5/8/20

Nom et prénom du malade : Houry Abdessalmane Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection chronique de lombaire

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 : Casa Le : 24/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :



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
5/8/20	Q		301,00	Dr BASSA CHIRURGIE CLINIQUE 18N BADIS Tel : 0523 39 51 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

5/8/2020 639,80

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

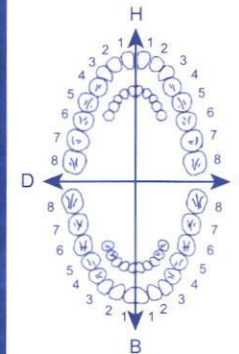
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

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

El Jadida, Le. 5/8/20

Houri Abdelhaliman

1) Piasale'dine 300

188,00

32,40 x 2
= 64,80

140/T

2) Dido So. 1cp x 2/T

32,80 x 2
= 65,60

3) Dides 1cp/T (ougeon)

22,20 x 2
= 44,40

4) Adoleprane 1cp x 4/T

5) Wraneyl 1cp x 3/T

28,80 x 2
= 57,60

6) Colmax 1cp x 3/T

49,40 x 2
= 98,80

100,00

630,80

CLINIQUE IBN BADIS
SERVICE FACTURATION
Tél. 0523 39 51 11 / 12

20J

Dr HASSAR Med Jawad
Chirurgien
CLINIQUE IBN BADIS
Tél. 0523 39 51 11

LOT 191340
EXP 04/2022
PPV 52.80DH

OEDDES®
oméprazole



20 mg
Voie orale

Microgranules gastrorésistants en gélules

14 x

	<input type="checkbox"/>	
DURÉE	<input type="checkbox"/>	
	MATIN	<input type="checkbox"/>
	MIDI	<input type="checkbox"/>
	SOIR	<input type="checkbox"/>

COOPER
PHARMA

LOT 191340
EXP 04/2022
PPV 52.80DH

OEDDES®
oméprazole



20 mg
Voie orale

Microgranules gastrorésistants en gélules

14 x

	<input type="checkbox"/>
DURÉE	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
MATIN	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
MIDI	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
SOIR	<input type="checkbox"/>

COOPER
PHARMA

Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE



16 COMPRIMES
SECABLES

b

bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 22DH20
PER: 05/22
LOT: J1407

Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE



16 COMPRIMES
SECABLES

b

bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 22DH20
PER: 05/22
LOT: J1407

Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE



16 COMPRIMES
SECABLES

b

bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 22DH20
PER: 05/22
LOT: J1407

DICLO

DICLOFENAC SODIQUE

Pharma[®] 5

50mg



- Anti-inflammatoire
- Anti-rhumatismal

LOT : 1339
U.T. AV : 05-23
P.P.V : 32 DH 40



20 Comprimés gastro-résistants
Voie orale

LABORATOIRES
Pharma 5
51000 Oujda

DICLO

DICLOFENAC SODIQUE

Pharma[®] 5

50mg



- Anti-inflammatoire
- Anti-rhumatismal

LOT : 1339
U.T. AV : 05-23
P.P.V : 32 DH 40



20 Comprimés gastro-résistants
Voie orale

LABORATOIRES
Pharma 5
51000 Oujda

اقر اص

12 قرصا من 4 ملغ

١
كولطر اكس

تيو كو لشكزيدي

07,64
49,40

اقر اص

12 قرصا من 4 ملغ

كولطر اكس^١

تيو كو لشكزيدي

07,64

اقر اص

12 قرصا من 4 ملغ

كولطر اكس^١

تيو كو لشكزيدي

07,64
49,40

PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA



PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188.00 DHS



بياسكليدين 300

300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصين



1 gélule / jour
1 كبسولة في اليوم

EXPANSCIENCE®

LABORATOIRES



قوتيل[®] قوتي

بنفوتيامين 100 ملغ

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER

28,80



قوتيل[®] قوتي

بنفوتيامين 100 ملغ

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER

28,80