

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**



Déclaration de Maladie

N° P19- 061770

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.

Diagnostique 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

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1868 Société : LILY44
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : ELAYANI NAJAT
Date de naissance :
Adresse :
Tél : 51.60.85.40 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

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 : Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 16/01/2020



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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient														
				Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>													
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>													
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">25533412</td> <td style="width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	D	G	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
H																	
25533412	21433552																
D	G																
00000000	00000000																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession															

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM: <u>EL OUFANI NAJAT Uale</u>	Mle <u>1868</u>	
DECLARATION N°	P 17/0065498		Cachet MUPRAS
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces jointes	
<u>14.10.20</u>	<u>2954,80 DH</u>	<u>12 pièces</u>	
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			



P 17/0065498

DATE DE DEPOT

14/10/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>1868</u>	
Nom & Prénom <u>EL OUFANI NAJAT Uale</u>		Signature de l'adhérent 	
Fonction	Phones <u>0651-408540</u>		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient <u>EL OUFANI NAJAT</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date <u>14.10.20</u>	
Nature de la maladie	Date/ère visite <u>14 OCT. 2020</u>		
<u>Diabète + hypertension</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>C</u>	<u>1</u>	<u>1160 DA</u>	
PHARMACIE	Date <u>14.10.20</u>		
Montant de la facture	<u>2804.80</u>		
Pharmacie 2000 Docteur Kadiri L. Zineb 22, Bd Mohammed V - BERRECHID Téléphone : 022.63.36.05			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
Cachet CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC		IM
Cachet CACHET			

Dr. Araqi Houssaini Najib

MÉDECINE GÉNÉRALE

Echographie Générale

Ex. Médecin Chef des Forces

Royales Airs de Casablanca

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

16, Rue Okba Bnou Nafie - Berrechid

Tél. : 05 22 33 73 21

GSM : 06 62 07 65 56

الدكتور عراقي حسيني نجيب

الطب العام
الفحص بالصدى

طبيب رئيسي سابق بالقوات
الجوية الملكية بالدار البيضاء
خبير محلف لدى المحاكم

16, زنقة عقبة ابن نافع - برشيد

الهاتف: 05 22 33 73 21

المحمول: 06 62 07 65 56

14 OCT. 2020

437.00 ELoujani Nafis

x3 Jannet 10/1000 (70)



92.10 - MW

x5 Aurocl 3 mg (50)



744.00 10 mg le mat

10 - Leukus solostar 12280



10 - ESac 40 mg



79.50 le mat

15 Carboxane - MW caud



87.00 Pheloxium 19 mg



280480 Docteur ARAQI HOUSSAINI Najib
Médecine Générale
16, Rue Okba Bnou Nafie
BERRECHID - 34000 - 05 22 33 73 21

Pharmacie 2000
Docteur Kadiri L. Zineb
22, bd Mohammed V - BERRECHID
Téléphone : 022.53.36.05

LOT : 201E002
PER.: 03 2023

AMAREL 3MG
CP B30

P.P.V : 92DH10



LOT : 19/01
PER.: 10 2022

AMAREL 3MG
CP B30

P.P.V : 92DH10



LOT : 19E001
PER.: 10 2022

AMAREL 3MG
CP B30

P.P.V : 92DH10



LOT : 19E001
PER.: 10 2022

AMAREL 3MG
CP B30

P.P.V : 92DH10



LOT : 19E001
PER.: 10 2022

AMAREL 3MG
CP B30

P.P.V : 92DH10



Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Lantus 100U/ml, Inj b5 sty
P.P.V : 744,00 DH



tch: 0F6829A
ab: 11.2019
EXP: 10.2022

1-71-01010104-1



6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

1-71-01010104-1



6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

1-71-01010104-1



6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

LOT : 19E001
PER.: 10 2022
124160

Handwritten notes and stamps at the bottom of the page, including a signature and date.

Relaxium®

B6

150 m



2 gélules par jour

*magnésium
vitamine B6*

COMPLEXE RELAXANT

LOT: 190452
DLUO: 12/2022
87,00DH

VOIE ORALE
60 GÉLULES

Deva

146-147 ZI. Tit Mellil - Casablanca

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAJDI Pharmacien Responsable

Carboxane®

Boîte de 30 comprimés

Lot : 190382

À consommer de
préférence avant le : 06/2022

PPC : 79,50 DH

MEDIPRO
PHARMA



كاربوكسان®

فحم نباتي منشط - واكامي - مستخلص الراوند - زيت اساسية للنعناع الفلفلي والبساس

- يساعد على إزالة الغازات المعوية
- ينظم المرور المعوي

30 قرص

عن طريق الفم