

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.

Pathologie 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.

Prothétique :

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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 063434

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : N° 5793

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RABBANI LAÏLA

Date de naissance :

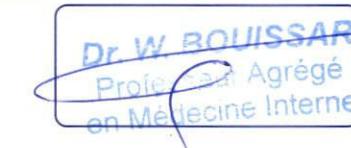
12. Rue LAFOURNA, Secteur 7/1/1
TALBOUR, AUSADIA

Adresse :

Tél. : 0661655072 Total des frais engagés : (400,00 + 316,40) Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

RABBANI LAÏLA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Médecie coeliaque + médecie au Docteur

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) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-063434

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : N° 5793

Nom de l'adhérent(e) : RABBANI LAÏLA

Total des frais engagés : 716,40

Date de dépôt :

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
23/11/2018	U		300,00	 Dr. BOUSSAR Professeur Agrégé en Médecine Interne

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie AL HAMED Av. Abderrahim Bou ité Amel - 4000 Agadir Tel: 05 25 22 40 40	31/11/2020	316,40

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

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 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

CLINIQUE TILILA



مصحة تيللا

le 08/11/2020.

RABBANI

hélès

①

Arcoxia

90 mg cp.

S.V.

138,-

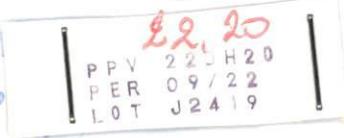


1cp 1/2 pendant 87 jours.

222,- DH

②

Codoliprosone - cp.



1cp x 2 à 3x1/2.

139,-

pendant

③

Dose sèches

S.V.

1sachet 1/2.
(3 mois).

1901106
03-2022
139,00 DH

316,40

Ref : SP 22 (07-2)

PPV: 22DH20
PER: 03/21
LOT: I593

1sachet à jeter

à jeter

Pharmacie AL HAMRA
3 Av. Abd el Krim AGADIR
Cité Ansermat 2203
Tél: 06 28 22 03 00

QUARTIER SIDI MOHAMED - RUE OUJJAJ - AGADIR-tel : 05 28 23 65 30/31-05 28 23 02 02
FAX : 05 28 23 02 04 - E-mail : tclinique@gmail.com

URGENCES 24h/24 مستعجلات

CLINIQUE TILILA



مصحة تيليلا

Mme. **ABBA** Bank Laiha
C. Sidi Mohamed Agdal - Agadir
Tel: 05 28 23 65 30 / 05 28 23 02 02
Fax: 05 28 23 02 04
E-mail: tclinique@gmail.com

03. 11. 2020

- Visite Médian 309 -
- frais clinique 109 -
- Soit \Rightarrow quatre cent
Dir

CLINIQUE TILILA
C. Sidi Mohamed Agdal - Agadir
Tel: 05 28 23 65 30 / 05 28 23 02 02
Fax: 05 28 23 02 04

QUARTIER SIDI MOHAMED - RUE OUJAJ AGADIR - tel : 05 28 23 65 30 / 05 28 23 02 02
FAX : 05 28 23 02 04 - E-mail : tclinique@gmail.com

URGENCES 24h/24 مستعجلات

Composition par sachet :

Sulfate de glucosamine (DCI) cristalline 1884 mg

(équivalent à 1500 mg de sulfate de glucosamine et 384 mg de chlorure de sodium).

Contient : Aspartame, Sorbitol, Sodium.

Contenu total par sachet : 3950 mg

Dissoudre le contenu du sachet dans un verre d'eau. A prendre au milieu des repas.

Indications, Contre-indications, Posologies & Précautions d'emploi :

Lire la notice à l'intérieur.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Conserver à une température inférieure à 25°C.

Médicament autorisé N° 221/12 DMP/21/NNP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المحددة

Tableau C (Liste II)



ROTTAPHARM

DONA® 1500 mg
Poudre pour solution orale
Boîte de 30 sachets



6 1118001 251308

تركيبة كل كيس:
سولفاط كليكوزامين كريستالين 1884 مغ
المعادل لسولفاط الكليكوزامين 1500 مغ
و كلورير الصوديوم 384 مغ
يحتوي: أسيبارتام، سوربيتول، صوديوم
المحتوى الإجمالي في الكيس: 3950 مغ
يجب تذويب محتوى الكيس في كأس من الماء.
يأخذ وسط الوجبات.
الجرعة، دواعي، موانع و احتياطات الاستعمال.
المرجو قراءة النشرة بالداخل.
لا يجب ترك هذا الدواء عند متناول و رؤية الأطفال.
يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة.