

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.
- La 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 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

- 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 Aliou Ben Abdellah - Centre El Agui - Angue Rus Mohamed Fakir et Rue Aliou Ben Abdellah - Quartier de El Hachem - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-585797

49542

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8495 Société : MUPRAS

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ESSALHI ABDELAZIZ 30 NOV. 2020

Date de naissance : 14.03.1965

Adresse : HABITAT 112

Tél : 0665 2503 16 Total des frais engagés : 150 + 381,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. HANOUSSI M. N. 26

Date de consultation : 14.11.2020

Nom et prénom du malade : ESSALHI Abdelaziz Age : 33

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

Nature de la maladie : Accidente

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 : Fait Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

Le : 01 DEC. 2020

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-585797

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 :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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
10/11/2020			2150	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10-11-20		381,00

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

VOLET ADHERENT

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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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"/>												
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433753</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433753
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433753													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

ORDONNANCE

Dr. HAMIDI M. Mahdi
Expert MEDECIN
Echographie Générale / France
42, Av. Lale Angles Tabako - Sale
Tel.: 05 37 86 25 28

K-AZIX

79.70x2

15.30

150.00



381.00

SP Le 10/11/2020

ESSACHI

ASALGIZ

SO

Vite

2.00

6.00

SP

Dr. HAMIDI M. Mahdi
Expert MEDECIN
Echographie Générale / France
42, Av. Lale Angles Tabako - Sale
Tel.: 05 37 86 25 28

MCP210MA004118
26/03/2020

1 2

1 .. / ..

2 .. / ..

3 4

3 .. / ..
4 .. / ..



4 ampoules buvables

PPV: 56,30 DH
LOT: 20F24B
EXP: 06/2022

D-CURE® AMPOULE

Cholécalciférol 25 000 UI
Vitamine D3



Importé par : Ergo Maroc

Les laboratoires ERGO MAROC

108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.

AMM N° : 209/14 DMP/ 21/NNP.

SMB

 **AZIX[®]**

Azithromycine

500 mg

Voie orale

PPV: 79DH70

PER: 10/23

LOT: J2782



3 Comp
sécab

bottu

b

82, Allée des Casuarinas - Ain

S. Bachouchi - Pharmacie

 **AZIX[®]**

Azithromycine

500 mg

Voie orale

PPV: 79DH70

PER: 10/23

LOT: J2782



3 Comp
sécab

bottu

b

82, Allée des Casuarinas - Ain

S. Bachouchi - Pharmacie

Composition :

Acide ascorbique1000 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé effervescent.
Excipients à effet notoire : E110, saccharose, sodium.
Boîte de 10 comprimés effervescents.

VITAMINE C 1g

Boîte de 10 comprimés effervescents



P.P.V. : 14,80 DH



AMM N° : 18/570DMP/21/NRQ

Lot: I2569 Per: 10/23

Dr Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

يحفظ بعيدا عن الحرارة والرطوبة.
Conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

35x35x85

3

ضعف الحيوية - النقاهة

فيتامين س 1000 ملغ
ثالينيك

عن طريق الفم



ثمرة البرتقال

أقراص
فوّارة

10

فيتامين س 1000 ملغ

10 أقراص فوّارة

Lot N°/Date Per. :