

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 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 Alal Ben Abdallah - 40000 El-Asi - Angèle Rue Mohamed Fakir et Rue Alal Ben Abdallah - Quartier de l'Indépendance
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (jg) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-585795

50875

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8495 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : M. DE LAZZ

Nom & Prénom : ESSALHI

Date de naissance : 44 Mars 1965

Adresse : AESSALHI 9 ROYAL AIR MAROC - CM

Tél : 0665 238516 Total des frais engagés : 619,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/11/2010

Nom et prénom du malade : HASI, amss

Age : 46 ans

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

Nature de la maladie : Scrofulite

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 : Le : 10/11/2010

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-585795

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
10/11/2009		1	150	INP : [] [] [] [] [] [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Moustawsaf Betta Tél: 05 37 80 44 49 GSM: 06 44 48 48 48 Rue D...	10-11-2023	469,60

[illegible][illegible]

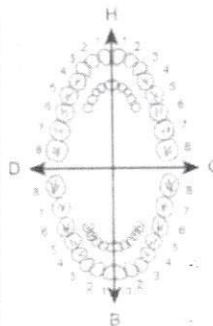
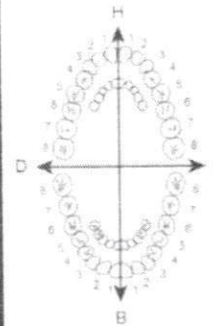
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'O.D.F

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"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<div style="text-align: center;"> H 25533412 01433554 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

(Création, remont, adjonction)

A diagram of a circular structure, possibly a cell or a microorganism, with a central vertical axis labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The structure is divided into segments numbered 1 through 10. The top half (H) has segments 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, and 10. The bottom half (B) has segments 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, and 10. A horizontal axis labeled 'D' is also present, with arrows pointing left and right. The segments are arranged in a circular pattern around the central vertical axis.

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

ORDONNANCE

Sale, le 10/11/2020
HASSI OUSSAL

Dr. HAMIDI M. Mahdi
 Expert MEDECIN
 Echographie - Cardiologie / France
 42, Av. Lalle - Sarcelles 93800 - France
 Tél.: 06 37 05 23 28

56,30 - 0 ame

57,10 - 15 sh e/po

143,60 x2 - 10 k w / + 9

69,00 - 00 u v 9 A
 1 case / x

469,60

Pharmacie Moulawar Bettana
 44, Rue Doukela. Bettana - Sale
 Tél.: 05 37 60 64 49
 GSM: 06 44 96 16

Dr. HAMIDI M. Mahdi
 Expert MEDECIN
 Echographie - Cardiologie / France
 42, Av. Lalle - Sarcelles 93800 - France
 Tél.: 06 37 05 23 28

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Oroken 200 mg, cp, pel b 8
P.P.V: 143,80 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Oroken 200 mg, cp, pel b 8
P.P.V: 143,80 DH



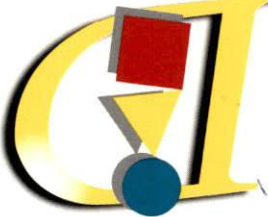
PPV: 56,30 DH

LOT: 20F24B

EXP: 06/2022

5

Ergo Maroc



Solution huileuse buvable
محلول زيتي للشرب

Fabrique par **\$MB**

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE. Belgique.

25 000 وحدة لوزلة
كوليكالستيفيرول D3 فیتامین

4 أمولات للشرب
ن-کتی

D-CURE[®] AMPOULE



0



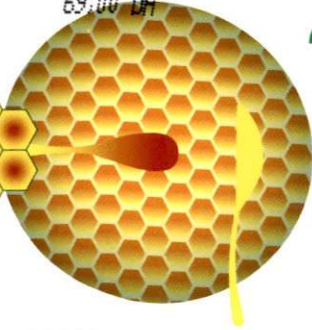
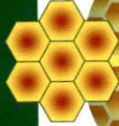
DociVox

**Sirop naturel
sans conservateur**

**AUX EXTRAITS DE PROPOLIS
ET DE PLANTES**
(THYM-MAUVE-MELEZE)

Goût miel - menthe

- Apaise et dégage les voies respiratoires
- Adoucit la gorge irritée en cas de toux
- Renforce les défenses naturelles



LOT: 200183
DLUO: 06/2023
69,00 DH

200 ml

Deva



30 comprimés

Prednisolone

Isolone® 20 mg

06,145

LOT 191605

EXP 07 2024

PPV 57 10

<input type="checkbox"/>	قسط
<input type="checkbox"/>	قسط
<input type="checkbox"/>	قسط
<input type="checkbox"/>	قسط
<input type="checkbox"/>	قسط
<input type="checkbox"/>	قسط



إيزولون®
بريدنيزون



ISOLONE 20 mg

30 comprimés



AMM N° 65 DMP/21/NCN



6 118000 020806