

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 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

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 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° W19-458643

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

CA 1620

Matricule :

2518

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MEZZOURH MOHAMMED SEGHIR

Date de naissance :

1951

Adresse :

4, Rue GAFAIT OUDA Gasse.

Tél. :

0561604692

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

27 JAN 2021

Nom et prénom du malade :

Dr Hézzou RH MOHAMMED SEGHIR

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Fr'sse A maladie

MUPRAS

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-458643

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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
28/12/21 19	V2	g m d'ur	INP : 21433552 Anesthésiste : 00000000 Polyclinique ACCUEIL 21 Rue Jean Jaurès 94-05227894-F	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
21 Rue Alphonse Karr 94-05227894-F	28/12/21	111,45

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

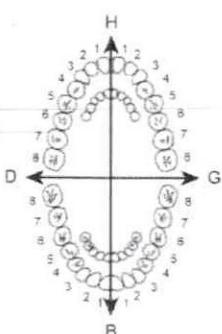
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

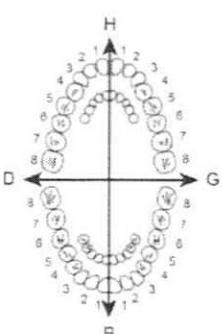
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				21433552
				00000000
				35533411
				11433553



ODF PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

28/12/19

H - Herraz R R & Hammed seg hui

56,6

- S. V. M. A

107 | son



~~N° 3226~~

24,8

- NAYBOL fort



109 x 3 pty

30,9

- sey anto lgec



109 x 2 pty

~~PHARMACIE ZYMA~~
27, Rue Ahmed KADMIRI
Opé Plateau ~~Al Waha~~
Tél : 022.99.48.95 - Casa

27/12/19

Dr H. JEDDOU QAITOUNI
Anesthésiste Réanimateur

Polyclinique Atlas
ACCUEIL
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél : 0522 27 94 94 - Fax : 0522 27 90 00

نابيول®
القوي
ملغ 100

نيتروكسولين
عن طريق الفم

50 قرصا ملبيسا

PPV : 24DH80

PER : 06-22

LOT : I1445



nabiyol forte® 100 mg
Nitroxoline
50 Comprimés enrobés



بوتي ش.م
82، معر الكازياريناس - عين السبع - الدار البيضاء
س.البشوشي - صيدلي مسؤول

®

باراسیتا مول

૩૨૫

٣٧٥

قرصان 20

١٩٩٦
LAROPHAN

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés

PPV 30DH00

EXP 09/2021

LOT 97024 2

Stilnox 10mg

احترم المطايير المعينة

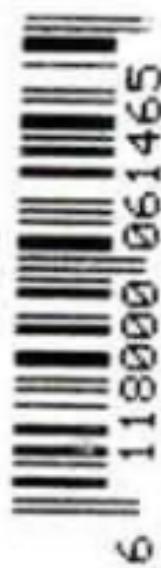
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

O

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



6 118000 061465

LOT : 9MA036

PER.: 02 2023



Titulaire d'AMM au Maroc :

sanofi-aventis Maroc. Route de Rabat R.P.1,
Aïn Sebaâ, Casablanca.

Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

Nom et adresse du fabricant :

Maphar. Km 10, Route côtière 111, QI-Zenata,
Aïn Sebaâ, Casablanca.