

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 canalaire, 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 canalaire.

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 caractére 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

ND. 2778

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023794

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8909 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NAJIB NOHAMI Date de naissance :

Adresse : 27 Rue 06 Hay Tisir II BERRECHID 26100

Tél. : 06 60 237317 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Asma

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MUPRAS

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) : Najib



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie ALAFAD 135 Rue Ibn Abou Madi BERRECHID - Tel: 0522 33 64 00	22/05/20	527,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

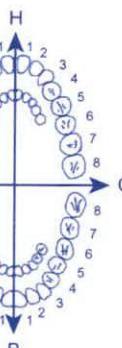
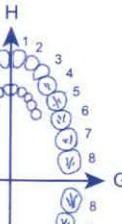
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODT.

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 B 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G	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

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE
A LA REGION CASABLANCA SETTAT
DELEGATION PROVINCIALE DE BERRECHID
CENTRE HOSPITALIER PROVINCIAL DE BERRECHID

BERRECHID, LE: 22/05/2022

Shadi Delfagh

ORDONNANCE

38,60x4

15

Inhaler S.V

2



30,00x2

29

Doltoxem

S.V (m2)

79,95

38

Bisop. regal

Pharmacie ALAFAD
135 Rue Ila Abou Nadi
- BERRECHID -
Tel.: 0522 33 64 91

15,80x3

41

Dol. r. n

1 v - 21

S.V

1 (m3)

1 v - 31

S.V



48,40

Consignes

(N.S.)

100 + 83

139,00

83 L. liviel

(N.S.)

100 + 33

Consignes

DR Nabli EL OUARDI
Spécialiste en Urgence du Travail
Centre de Berrechid
Bureau de Berrechid Service d'urgence
de Berrechid

Royaume du
Maroc
Centre
Berrechid

527,50

Pharmacie ALAFAQ
135 Rue Ibla Abou Maal
- BERRECHID -
Tel. 0522 73 64 01

INDOLAN 100 mg

INDOLAN® 100 mg 10 suppositoires

INDOLAN® 100 mg 10 suppositoires

PPV 38DH20

EXP 11/2022

LOT 90040 2

PPV 38DH20

EXP 06/2022

LOT 93032 1

PPV 38DH20

EXP 07/2022

LOT 93032 3

PPV 30DH00

PER 10/22

LOT 12477

30,00

PPV 30DH00

PER 12/22

LOT 12839

30,00

PPV: 79DH90

PER: 09/21

LOT: 12032

PPV 15DH80
PER 11/22
LOT 12691
S1 15,80

PPV 16DH80
PER 06/22
LOT 11498
15,80

PPV 15DH80
PER 03/22
LOT 1678
S1 15,80

PPC 139,00 DH

LOT

430518

EN PHARMACIE
UNIQUEMENT

غافسكون ا
CON

DVANCE

ROUTE MENTHE
ET PUISSANT

anac & indigestion

de extra Puissante

et Longue Durée

نكهة النعناع

ل الشرب.
لتناول الأطفال.
في درجة حرارة تقل عن 30 مئوية.
لا على القارورة لمدة تزيد عن 6 أشهر.

Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.

Tenir hors de portée des enfants.

Fabricant titulaire de licence au Royaume Uni:

Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7D

Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des marques d

Utiliser dans les 6 mois après ouverture.

AMM No 104/14 DMP/21

PPV: 48 DH 40

BN 931882

DOM 11/2019

EXP 11/2021

3079956



Pharmacie ALAFAB
135 Rue Ilia Abou Madi
- BERRECHID -

Tel.: 0522 22 04 01

INDOLAN® 100 mg 10 suppositoires

EXP 11/2021
LOT 86061 9