

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

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° W19-426059

60233

Jeune
Hadi
(862)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 862 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : veuve SALIN ASNAHANT

Date de naissance : Adresse : Rue 26 N° 26 HAY EL ITANAA

Télé. : 06 66 82 65 64 Total des frais engagés : 551,70 DHS

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : Nom et prénom du malade : Almahan Abdellah Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Abdellah

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ~~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° W19-426059

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 : 862

Nom de l'adhérent(e) : Abdellah

Total des frais engagés : 551,70

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
26/01/2021				 Médecin Urgentiste Hôpital Mohamed Sekkat-Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY EL HANA El Parc Hay El Hana Tunisie 1522 54 67 49 Signature: 832	26/01/2021	551,70

ANALYSES - RADIographies

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
		A M	P C	I M	I V	

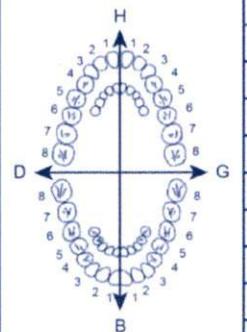
VOLET ADHERENT

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

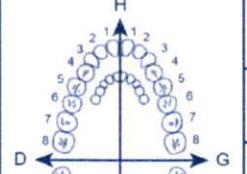
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, 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"/>

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient des Travaux <input type="text"/>	Montants des Soins <input type="text"/>	Date du devis <input type="text"/>	Date de l'exécution <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 D 35533411 00000000	G 21433552 00000000 B 11433553 00000000		
[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

Date : 26/01/2021

ORDONNANCE



Dr MOUATTASSIM H
Médecin Urgence
Hôpital Mohammed Sekkat-Casa

Fathia Hafdi

14.30x4

1/ Orsulex 400 mg
1/2 VP → 1/2 i

1S

1/2 i

1S

92.50

2/ Nefephex 600 mg
1/2 VP → 0-1 1/2 i

1S

23.70

3/ Arix 1 mg le 1/2 i
1/2 VP → 0-1 1/2 i

1S

27.70

4/ Landoxaline 100 mg
1/2 VP → 0-1 1/2 i

1S

15.30x2

5/ Jib 1 mg le 1/2 i
1/2 VP → 1-0 1/2 i

1S

14.50

6/ Androl 1 mg le 1-0 1/2 i

1S

29.50

7/ Lantacen 1 mg le 1-0 1/2 i

1S

PHARMACIE HAY EL HAMMA
Maison Pharmaceutique Hay El Hamma
Casablanca - Tel: 02 22 94 67 40

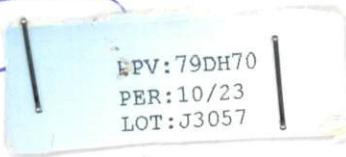
1170,00
Al Nalys Tinc
S4

Nyle Sén

✓
551,70



Dr MOUBTASSIM.H
Médecin Urgentiste
Hôpital Mohammed Sekkat-Casa



PHARMACIE HAY EL HANA
7, Marche, Taxis Soumia
Casablanca - Tel: 05 22 94 57 49

Lot

Exp

PPV

92/50



500

10

میگلوفلکس
Megaflow®
10 comprimés pelliculés

Megaflow® 500 mg

10 Comprimés pelliculés



6 118000 070610

LOT : 201429
UT AV: 11/2025
PPV: 14,30 DH

UT.AV.:

LOT N°:

PPV (DH):

Oradexon 0,5 mg

Dexaméthasone

20 comprimés

LOT : 201429
UT AV: 11/2025
PPV: 14,30 DH

UT.AV.:

LOT N°:

PPV (DH):

Oradexon 0,5 mg

Dexaméthasone

20 comprimés

LOT : 201429
UT AV: 11/2025
PPV: 14,30 DH

UT.AV.:

LOT N°:

PPV (DH):

Oradexon 0,5 mg

Dexaméthasone

20 comprimés

LOT : 201429
UT AV: 11/2025
PPV: 14,30 DH

UT.AV.:

LOT N°:

PPV (DH):

Oradexon 0,5 mg

Dexaméthasone

20 comprimés

nouvellement des anticorps qui vont ensuite éliminer

la fatigue et affablisse l'organisme.

énergétique normal, participe au renouvellement des

système immunitaire. Elle permet d'optimiser l'assimilation du zinc.

NSSA:
04.18

LOT : 000255
EXP : 11/2023

Distribué par:

A Ta Santé Distribution

Fabriqué Par :

SEMBACO

LOT N° Z.I. 20000, Settat

A la santé

Vitamine C



Vitamine B6

60 Gélules

IMMUNITÉ

Zinc - Vitamine C - Vitamine B6

Casablanca

17000

A la santé

PHARMACIE HAY EL HAJI
TAKRI SOUTIEN
Casablanca 17000
Hay El Haj
1994 87 AD

Carboxane

Lot : 190892

À consommer de
préférence avant le : 12/2022

PPC : 79,50 DH

Boîte de 30 comprimés

MEDIPRO
PHARMA



زيوت أساسية لازمة للأطفال والبساتين

Carboxane

كبسولة الاستعمال

مخصوص للبالغين والاطفال ما فوقه 15 سنة.

الابر العلاجية - دراسات الاستعمال - مواعيدها

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 15 ANS.

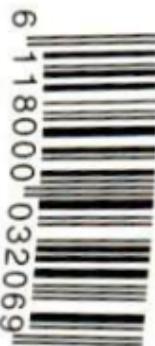
POSOLOGIE - INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS.

Vita C 1000®
10 Comprimés effervescents



Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et
بعدنخذه الأنتوبيو بمعزل عن الحرارة والرطوبة.
بعدنخذه بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال.

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



AMM N° 03 DMP/21

1000®

(فيتا مين س)

فيتا مين س 10



TRINITY

Vita C 1000®

PPU 15DH30
EXP 10/2023
LOT 00057 10

كبسولة الاستعمال

مخصوص للبالغين والاطفال ما فوقه 15 سنة.

الابر العلاجية - دراسات الاستعمال - مواعيدها

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 15 ANS.

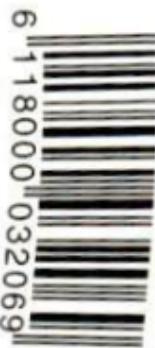
POSOLOGIE - INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS.

Vita C 1000®
10 Comprimés effervescents



Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et
بعدنخذه الأنتوبيو بمعزل عن الحرارة والرطوبة.
بعدنخذه بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال.

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



AMM N° 03 DMP/21

1000®

(فيتا ميسن س)

فيتا ميسن س 10



فیتا میسن س

Vita C 1000®

PPU 15DH30
EXP 10/2023
LOT 00057 10