

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° W19-585390

61464

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11007		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : OBAD SABAE			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 05 37 68 39 33 Total des frais engagés : 1 MARS 2021 Dhs			
<p style="text-align: center;">Cadre réservé au Médecin</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> DR. ABEROUNCH KHADJA MÉDECIN EN INTERNE RÉS AÏT AÏCHA 70002 N°3 R.R.C, SIDI YAHIA ZAER TÉL: 05 37 68 39 33 </div>			
<p>Cachet du médecin :</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> DR. ABEROUNCH KHADJA MÉDECIN EN INTERNE RÉS AÏT AÏCHA 70002 N°3 R.R.C, SIDI YAHIA ZAER TÉL: 05 37 68 39 33 </div>			
<p>Date de consultation : 16/11/2020</p>			
<p>Nom et prénom du malade : Sadouri Mohamed Rayane Age: 17 ans</p>			
<p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant</p>			
<p>Nature de la maladie : Colopathie fonctionnelle</p>			
<p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p>			
<p>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.</p>			
<p>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.</p>			
<p>Fait à : 01/03/2021</p>			
<p>Signature de l'adhérent(e) :</p>			

Le : 01/03/2021

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Hasna FAHMI 3loc 37 X 222 - Temara Plage Harhoura TÉL: 05 27 52 66 45 10 2017 702	16/11/20	394.40 INPE 102075202

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				<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			<input type="text"/>																
	<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
G																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
[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

Dr. KHADIJA ABEROUCH

MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplôme universitaire de diabétologie

Diplôme universitaire de nutrition
clinique et sciences des aliments

Suivi d'HTA

Suivi de grossesse

Echographie - ECG

Médecin agréé pour la visite médicale
pour le permis de conduire

SIDI YAHIA ZAER Le : 16/11/2020 سيدى يحيى زعير



الدكتورة خديجة أبرعوش

الطب العام

دبلوم جامعي في داء السكري

دبلوم جامعي في التغذية

تبليغ ارتفاع ضغط الدم

تبليغ الحمل

الفحص باللاليوكوغرافيا - تخطيط القلب

طبية معتمدة للفحص الطبي لرخصة السياقة

Mr Saouri Mshamed
Rayane

122.30

① tricetel
180x215 (75)

65,10
② ultra lemn G
39,00 1 G x 315 (75)

③ Intego long

550003 1 gelule le mat' a jeun 30 min aut
= 165,00 4 Manies 300 mg 280 (75)

150 1 Sutte RIVAGE
Dr. Hassna FAHMI

391,40 150 1 Sutte RIVAGE
Dr. Hassna FAHMI

Bes Attaouhid 2, Imm 22, Appt N°3, RDC , Sidi Yahia Zaer - Tel : 05 37 58 92 98

المجمع السكني التوحيد، الشقة رقم 3، الطابق السفلي، عمارة رقم 22، سيدى يحيى زعير، الهاتف: 05 37 58 92 98

E-mail: aberouchkhadija1@hotmail.com

Inéso

ésoméprazole

20
mg

Inhibiteur de pompe à protons

Diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac



7 gélules

Microgranules
gastro-
résistants

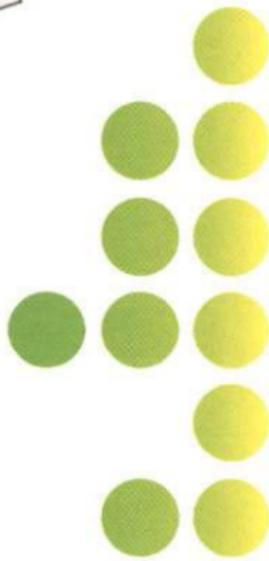
Par voie orale

LOT : M0329
PER : 07/2021
PPU: 39,00 DH

ULTRA-LEVURE®

Saccharomyces boulardii

CNCM I-745®



20
Gélules
250 mg



BIOCODEX
Maroc

Lot :
440000

Fab :
صنع

EXP. :
 صالح لغاية

571

12.2019

12.2022

BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH

عبد القم 30 قرصاً مختلفاً

بِرْ وَمِيدْ بِنَانَافِيرْ يَوْم
١٠٠

卷之三

التركيبة: بروميد بيتا فيدرووم 100 مل
كل قرص مغلف.
بياناته لاك أصغر بيزقا، (E110S)، لاكتون.

يُنْبَغِي قِرَاءَةُ الْمُشَرَّعِ بِعِنْدِيَّةٍ.
يُجُبُّ أَنْ يَبْقَى بَعْدَهُ عَنْ مُتَنَاهُولٍ وَنَظَرِ الْأَطْفَالِ.

Abbott

Fabrique sous licence par : Mapchar. Km 10, Route Cotière 111, Ql-Zenata, Aïn Sebaa, Casablanca. Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

Unidument sur ordonnance - Liste II

Respecter les doses prescrites

6.

