

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

- 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

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11007 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OBAD SABAE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0537623933 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/11/2020

Nom et prénom du malade : Sadoui Mohamed Rayane Age : 17 ans

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

Nature de la maladie : Colopathie fonctionnelle

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 : 17/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
16/11/2020	CG		120	INP INPE: 101228419
		INPE: 101228419		ABEROUCH KHADIJ MÉDECINE GÉNÉRALE 27/11/22 RES. STANISLAS S. VAHIA ZAËR

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/11/20	32440
		TUPE 108075302

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

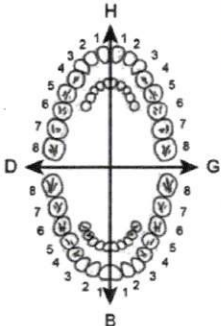
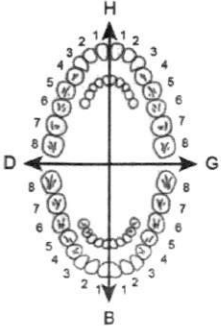
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 agréée pour la visite médicale

pour le permis de conduire



الدكتورة خديجة أبرعوش

الطب العام

دبلوم جامعي في داء السكري

دبلوم جامعي في التغذية

تتبع ارتفاع ضغط الدم

تتبع الحمل

الفحص باللايكوغرافيا - تخطيط القلب

طبيبة معتمدة للفحص الطبي لرخصة السياقة

SIDI YAHIA ZAER Le :

16/11/2020

سيدي يحيى زعير

Mr Saouir Mohamed
Rayane

122.30

① bicetel

150 x 215 (1RT)

65.10

② ultra leus G

39.00 1 G x 315 (75)

③ Intra 20 up

550003 1 gelule le matin a jeun 30 min avant
repas (75)

④ Manief 30 up

150 / 80 (1 moi)

391.40

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

المجمع السكني التوحيد 2، الشقة رقم 3، الطابق السفلي، عمارة رقم 22، سيدي 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
PPV: 39,00 DH

ULTRA-LEVURE®

Saccharomyces boulardii **CNCM 1-745**



BIOCODEX
Maroc

EXP. :
صالح لغاية :

Fab :
صنع :

Lot :
مجموعة :

571 12. 2019 , 12 2022
BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH

عبر الفم

30 قرصاً مغلفاً

100 ملغ بروميد بينافيريوم

ديسيتيل

التركيبة : بروميد بينافيريوم 100 ملغ
لكل قرص مغلف.
بما فيه لآك أصفر برتقالي (E110)، لاكتوز.
ينبغي قراءة النشرة بعناية.
يجب أن يبقى بعيداً عن متناول و نظر الأطفال.

30, 28, 21

6.

Abbott



Fabrique sous licence par :
Maphar, Km 10, Route côtière 111,
Q1-Zenata, Ain Sebâa, Casablanca.
Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable
Uniquement sur ordonnance - Liste II
بناءً على وصفة طبية فقط - لائحة II

Respecter les doses prescrites
يجب احترام الجرعات الموصوفة



DICETEL 100 MG
CP PEL B30

Manef®

FMM66 0323

LOT

PER

Prix

55.00

15 COMPRIMÉS EFFERVESCENTS
ARÔME ORANGE SANGUINE
SANS GLUTEN

Manef®

FMM67 0623

LOT

PER

Prix

~~55.00~~
55.00

15

ARÔME ORANGE SANGUINE
SANS GLUTEN

Manef®

FMM67 0623

LOT

PER

Prix

55.00

15 COMPRIMÉS EFFERVESCENTS
ARÔME ORANGE SANGUINE
SANS GLUTEN