

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.

Diagnostic 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

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



63497

Déclaration de Maladie : N° P19- 0007883

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4336 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MAOUN Foussy Date de naissance : 11/2/55
Adresse : Bloc 101 N°46 charaf Aguer
Tél. : 0661238350 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Signature]
Date de consultation : 22 / 02 / 2021
Nom et prénom du malade : MAOUN VANESSA
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Allergie
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° P19- 0007883

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 :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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
22/02/21	C5	1	150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22.02.21	245,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

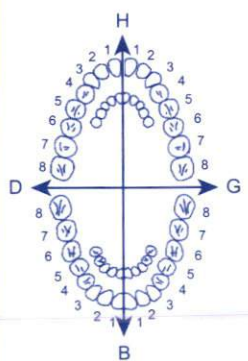
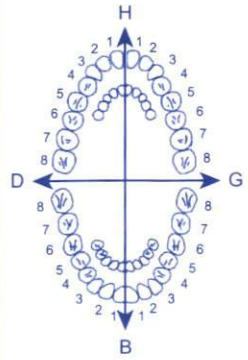
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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

VOLET ADHERENT

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



Agadir, le : 12.09.2021

M: Mme MAOUN Youssef
أكادير
AGADIR

**SERVICE DES
URGENCES
24/24**

- * Cardiologie
- * Gastro-Entérologie
- * Pédiatrie (Neonatalogie)
- * Dermatologie
- * Endocrino - Diabétologie
- * Pneumo - Phtysiologie
- * Ophtalmologie
- * Anesthésie - Réanimation
- * Urologie
- * Chirurgie Viscérale et digestive
- * Coelio - Chirurgie
- * Gynéco - Obstétrique
- * Traumatologie - Orthopédie
- * Neuro - Chirurgie
- * O.R.L.
- * Biologie (Laboratoire)
- * Radiologie

**CENTRE
D'HEMODIALYSE**

①

Prochapel

suppo
crème

10pp x 21
122.70 x 2 = 245.40

②

Dufastin 500

2 gel x 31 j par

3 j

1 gel x 31 j par

3 j

**URGENCES
05 28 82 58 18**

**Consultation RDV
05 28 82 59 66**

٢٢٢, ٢٥

٥٠٠ ملغ
دا. بولون®
٣٠ قرصا ملبسا



Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC

Imm. ZEVAO, Lot FATH 4
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca



daflon® 500 mg
30 comprimés pelliculés



٣٠ قرصا ملبسا

جزرعات الفلافونويد الدقيقة النقا

٥٠٠ ملغ
٣٠ قرصا ملبسا

daflon® 500 mg

Fraction flavonoïque purifiée micronisée

30 comprimés pelliculés

التركيب

Composition :
Fraction flavonoïque purifiée, micronisée : 500 mg quantité correspondant à :

- Quercétine : 90 pour cent
- flavonoides exprimés en hespéridine : 10 pour cent.
- Excipients : q.s.p. un comprimé.

الاستعمالات

- Indications thérapeutiques :
- troubles de la circulation veineuse,
 - Crise hémorroïdaire.
- Ne pas laisser à la portée des enfants

- اضطرابات الدوران الوريدية،
 - نزبات البواسير.
- لا يترك في متناول يد الأطفال

التركيبات الفلافونويد الدقيقة النقا : 500 ملغ كمية تماثل :

- Quercétine : 90 pour cent
- flavonoides exprimés en hespéridine : 10 pour cent.
- Excipients : q.s.p. un comprimé.

22, 20

500[®] داولون 30 قرصا ملبسا



Les Laboratoires Servier - France
 Servier Maroc
 Im. ZEVAO, Lot FATH 4
 Route d'Azemmour, 20180 Casablanca



dafilon[®] 500 mg
 30 comprimés pelliculés



30 قرصا ملبسا

جزرعات الفلافونويد الدقيقة النقا

دافلون 500[®] مغ

dafilon[®] 500 mg

Fraction flavonoïque purifiée micronisée

30 comprimés pelliculés

Composition :
 Fraction flavonoïque purifiée, micronisée : 500 mg quantité correspondant à :

- dose nette : 30 pour cent
- flavonoïdes exprimés en hespéridine : 10 pour cent.
- Excipients : q.s.p. un comprimé.

Indications thérapeutiques :

- troubles de la circulation veineuse,
- Crise hémorroïdaire.

Ne pas laisser à la portée des enfants

التركيب

جزرعات الفلافونويد الدقيقة النقا : 500 ملغ كمية تماثل :
 • دافلونيد : 30 في المئة
 • فلافونويدات يعبر عنها الهسبريدين : 10 في المئة
 السراخ : الكمية الكافية للتبريد الحار.

الاستعمالات

- اضطرابات الدوران الوريدي،
- نزلات البواسير،
- لا يترك في متناول يد الأطفال



N° IPP : 583656	N° SEJOUR : 210008388	FACTURE N° 2102002296		DATE D'ENTREE : 22/02/2021		DATE DE SORTIE : 22/02/2021				
ASSURE :				DESTINATAIRE :						
MALADE : MAOUN, Vanessa		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI		MAOUN, Vanessa						
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :						
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATAION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 20177 DR SOKORI KAOUTAR (HEMATOLOGUE)	TOTAUX :	150.00					150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 22/02/2021	EDITEE LE : 22/02/2021	PAR: GUERMO	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :		
			Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR		
			BANQUE :		BMCE - AGADIR		
			N° compte bancaire :		011.010.0000.01.210.00.60686.03		

