

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-592978

65122

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (1) Matricule : 12327 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MDAGHRI FILALI NOUNIR

Date de naissance :

02/03/1985

Adresse :

REG ALFI RDADUS GHOR AYAD APP
99 OULFA

Tél. : 0662087775

Total des frais engagés : 690,4 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور سيف بن محمد
Dr. YSSEF Boujemâa
MEDICATRE
101 Rue Mustapha El Maâni
CASA BLANCA

Date de consultation :

03/03/2021

Nom et prénom du malade :

MDAGHRI FILALI NOUNIR

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

اللهفة المزمنة

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 : 15/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-592978

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

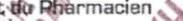
Coupon à conserver par l'adhérent(e).



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
03/03/2013	Chirurgie	1	820	DR : 1000 Docteur YOUSSEF EDI 190 Rue Mustapha CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/03/2024 /21	440,40

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

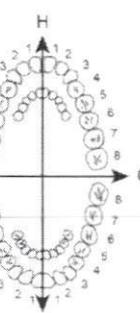
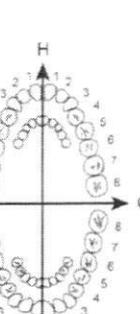
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ODD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] []	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []	
				MONTANTS DES SOINS []	
				DEBUT D'EXECUTION []	
				FIN D'EXECUTION []	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX []
					MONTANTS DES SOINS []
					DATE DU DEVIS []
					DATE DE L'EXECUTION []

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
G	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Therapeutique. nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur YSSEF Boujemaâ

PEDIATRE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Grenoble.

Echographie

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

D.U. Pédiatrie en Maternité
Faculté de Médecine Paris-Sud

190, Rue Mostafa El Maâni. Casablanca

الدكتور يوسف بوجمعة

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

خريج كلية الطب باكشنوبيل

الفحص بالصدى

خريج ممتاز من كلية الطب بمونبولي

طب الطفل عند الولادة

كلية الطب - باريس

لدار البيضاء

Tél. Cabinet { 05 22 20 72 10
05 22 22 01 46
05 22 22 21 48 }

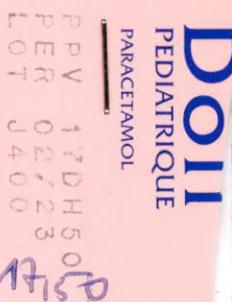
هاتف العيادة

GSM : 06 68 79 27 94

التنقل:

Sur rendez-vous

Casablanca, le 10/03/2014
الدار البيضاء، في



M A G H R I F I C A L I R A Y A M

1 m. Aboubaki S. n° 17161 s. do > 2

125. Flixotide 125
1 bouteille art el Saour x 2mls

277.0⁰ Penfalex

20. 1 vial D3 20000
15. 100, 40, 40

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Pentaxim inj b1 ser 1 dose
P.P.V : 277,00 DH

9118001 080632

Dr. YOUSSEF BOUJEMAA
190, Rue Mostafa El Maâni
CASABLANCA
TÉL: 0522207210
Fax: 0522211364



HORAIRE CONTINU
 fermé mardi et jeudi après midi

Flixotide® 125

BATCH MAN 0220
HP374 EXP 0124

Vitamine D3 B.O.N.[®] 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses
تحفظ المقدار بالجرعات الموصدة

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/
بصرف فقط بموجب وصفة طبية

لائحة II - List II - II

ZENITH Pharma
AMM N°171/16 DIMP/21/NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
صاحب مقرر التسجيل / MA holder



BOUCHARA-RECORDATI

GROUP

70, avenue du Général de Gaulle
92800 PUTEAUX - FRANCE
Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / المصنّع

HAUPT PHARMA

1, rue Comte de Sinard
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE