

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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

Reclamation : 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 caractére 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº M21- 0020951

Optique 68250  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2728

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

RABA

613285851

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :



## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VOLET ADHERENT	NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	W18-392921	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-392921

**DATE DE DEPO**

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 2728		
Nom & Prénom HAFID FATHA				
Fonction REIRATIF		Phone 0613285851		
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient HAFID FATHA			
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age 11A Date 8-7-10				
Nature de la maladie Migraine		Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident ? Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
C	1	1500		
PHARMACIE	Date 08/01/25			
Montant de la facture 117,30				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :				
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

Docteur COULON NAJID Josiane

RABAT Le : 11/11/2010

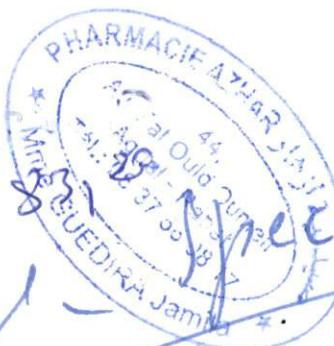
**MEDECINE GENERALE  
HOMEOPATHIE**

54 ,Rue Oued Sebou Agdal RABAT

TEL :05 37 77 59 56 /05 37 68 31 39

Ice0016981220084

n - Hafid Fatche



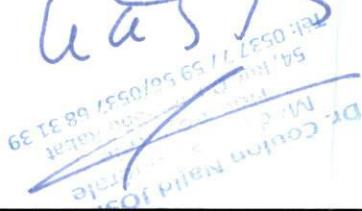
Specimen 50 of 50  
14. Recette de lait et de  
au refl

34,10

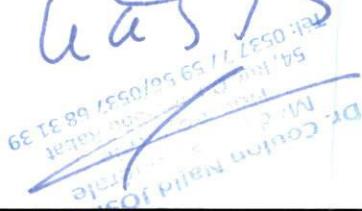


7. Niflum 100 ml  
récette de lait  
au refl

117,30 1f



64,50



64,50

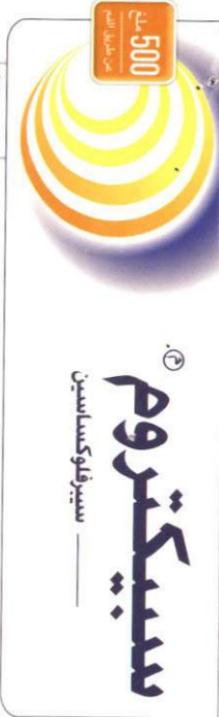
83,20



10 x

10

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



AM No 759/16UMP/21/NR

二十一

la boîte

Conserver à une température ne dépassant pas 30°C  
مدة صلاحية لا تتجاوز 30 يوماً

Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants

111

**Spectrum®** ciprofloxacin

## Comprimés pelliculés



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
**احترم الجرعات الموصوفة**

COOPER  
PHARMA

61180000814561



— Capabilities 10 Companies

104

Fabriqué par / مصنوع من

104

لا تتجاوز الجرعة المحددة  
NE PAS DEPASSER LA DOSE PRÉSCRITE

Acide niflumique 250 mg  
Excipient q.s.p. 1 gélule  
Conservateur de la gélule SO<sub>2</sub> < à 1000 ppm  
Boîte de 30 gélules  
contenant 7,5 g d'acide niflumique

NIFLURIL

~~acide niflumique~~  
30 gélules dosées à 250 mg

UPSA  
Laboratoires



**Indications :** Toutes manifestations inflammatoires

لا يتدرك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

Laboratoires **LAPROPHAN** S.A.  
21, rue des Oudaya - Casablanca  
Fabriqué au Maroc sous licence  
des laboratoires UPSA (FRANCE)

لِلّٰهِ الْحُكْمُ

حاصم من النيل يمسي  
300 كبسولة بكل منها 250 ملغم



۲۷۷

**NIFLURIL** 30 gélules

PPV 34DH10 EXP 09/2022  
LOT 97035 1