

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° W19-597256

74851

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9758 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAABAoui AZIZA

Date de naissance : 28-04-74

Adresse : 32 RUE MBLEW

Tél. : Total des frais engagés : 142,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : Bénévolat

Nom et prénom du malade : Bénévolat

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

Nature de la maladie : TSA

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 loi relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 27/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

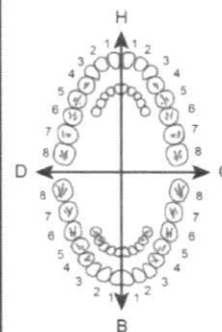
[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/03/2021	567,90

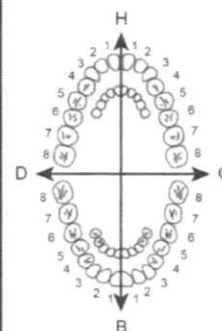
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

~~VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS~~

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Ossiane Ossiane

12490

A'S

Inidip. 50 mg

~~00228929~~

1/1
310,00

A'S

~~00228930~~

Amipidil 10 mg

93,05 1/1

A'S

~~00228931~~

Legrebol 200 mg

57,90 1/2 1/1
100

BENJELLOUN
Responsable de Service
Pédopsychiatrie
U Ibn Rochd, Casablanca

PHARMACIE DES STADES 2010
50, Rue Al Faurat - Casablanca
RC: 245509 - Pte: 35873067
IF: 40436642

6 118001 030347

○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé
pelliculé sécable

PPV : 93.00 DH

Tégrétol® CR 400

30 comprimés pelliculés sécables

400 CR **طېگريٽول®**

30 قرص مغلف قابل للكسر

ARIPIPHI® 10 mg

Aripiprazole



30 قرصا

LOT : 006

PER : MAR 2022

PPV : 350 DH 00



zenith pharma

Fabriqué et distribué par Zenithpharma
96, Zone Industrielle Tassila, Inezgane, Agadir - Maroc
Dr M. EL BOUHMADI, Pharmacien Responsable

Ne pas dépasser la dose prescrite
5 comprimés par jour

Tableau A (Liste I)



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

724,90



Inidep® 50 mg

Chlorhydrate de sertraline
30 Comprimés pelliculés



الينديب

كلورهيذرات السيترالين

عن طريق الفم

50

مغ

30

قرصا
مغلغا

