

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Médecine 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



Déclaration de Maladie

Nº M21- 058606

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2481 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ISAAD

NAJAT

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-058606

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 :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01/06/2021 | | ① | 390,00 | Pr. Abdelaziz BAKKAL Pneumo-Allergologue Allergologue Anesthésiste N°5 16 Bd Abdellatif Cherif 20 El Eul 1022 Casablanca - Tél: 0522152286 22 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE SARANAZ SARANAZ 140 Lot SARANAZ Casablanca Tél/Fax: 0522 65 20 07 | 01/06/2021 | 772,70 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et Signature du praticien | Dates 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 émis par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement can ainsi que le bilan de l'ODF.

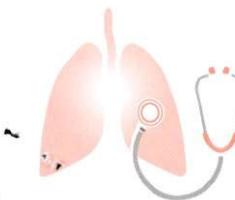
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|--|----------------|------------------|-------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| H | 25533412 | 21433552 | | |
| D | 00000000 | 00000000 | G | MONTANT DES SOINS |
| D | 00000000 | 00000000 | B | DATE DU DEVIS |
| | 35533411 | 11433553 | | DATE DE L'EXECUTION |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE |

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca

Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.L.C.O. / Gaz du sang

01.06.2021



الدكتور عبد العزيز باخطار

أستاذ التعليم العالي سابقا

بكالوريوس الطب والصيدلة بالدار البيضاء

شهادة التدريب المتخصص

المعنة

Casablanca, le.....

Mme ISAAD NAJIA

ex 307,-

1 - SINGULAIR 10mg cp pellic : Plq/28

سجين في الدم

SINGULAIR® 10 mg.
Montelukast sodique.
Boîte de 28 comprimés pelliculés.
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 – BOUSKOURA
P.P.V: 307,00 DH
AMM 206DMP/21/NCI



74773/310314-1

SINGULAIR® 10 mg.
Montelukast sodique.
Boîte de 28 comprimés pelliculés.
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 – BOUSKOURA
P.P.V: 307,00 DH
AMM 206DMP/21/NCI

P.P.V 79,00 H 70
PER 11/23
LOT J3100

Prendre 1 comprimé au coucher, pendant 2 mois.

79,70

2 - AZIX 500

Prendre 1 comprimé par jour, pendant 3 jours.

79,-

3 - APIXOL SIROP

Prendre 1 cuillerre le matin, à midi et le soir, pendant 6 jours.

772,70

PHARMACIE SARANAZ
S.A.R.L-A-U
140 Lot Smiralda Lissasfa
Casablanca
Tél/Fax: 05 22 65 20 07

Lot:
À consommer
avant le:
PPC: 79,00 DH

200891

01/2024

PC. Abdelaziz BAKHATAR
Physiologie Allergique
Anamnèse et Anomalie
1er Etage N°5
Rue Anoual Angle Bd Anoual
Casablanca Maroc