

RÉCOMMANDATIONS 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° W19-598848

34069

| | | | |
|---|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 2563 | Société : Retraité | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input checked="" type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : AHMED CHENINOUNI | | | |
| Date de naissance : 30.06.1946 | | | |
| Adresse : N°161, Rue Sidi Lmugss, Bajr 1, Essaouira | | | |
| Tél. : 06.11.71.71.09 | | Total des frais engagés : _____ Dhs | |

| | |
|---|---|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| Date de consultation : | |
| Nom et prénom du malade : | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 27/7/2024

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-598848

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

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|-----------------------------------|---|
| 27/07/2021 | | CS | 300000 Dt trois cent dinars | INP : 041056644 CHIR SAN FER CHIR MAKHAZIN HOT : MASSAOUIRA S : 23 / 08 / 48 Signature |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
|  | 25/06/2021 | RADIO THORAX | 150 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OPF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

Essaouira, le

27/7/2021

Mr Ahmed Chennoui

45,30 J/ Inhaler Spray

3 x 2 b à la demande

2 x 145,00

Onebrez 145,00

50 g x 3 pdt

47,80 J

31 Dagen 8

60,00 1cp x 31 J pdt

41 Voltarène crème.

1 App x 21 J pdt 3 j

1605,10

DR HASSANE FETOUI
CHIRURGIEN
RUE OUED EL MAKHAZINE 26 - 05 24 78 48 06
ESSAOUIRA

LOT: M0500
EXP: 08/2023
PPV: 60,00 DH

Lot N°: 0008N116
FAB: 10-2019
EXP: 10-2022
PPV: 45DH30

IDE
DE
DA

CO
SE,
Exc



40 Comprimés enrobés gastro-résistants
Serrapeptase

DASEN® 10 000 UI



unités*

cellulose, jaune orangé S (E11), de titane, poloxamère 188.

Pour un comprimé enrobé gastro-résistant

*1 unité correspond au nombre de µg de tyrosine libérée par 5 ml de substrat (caséine) en 1 minute à partir de 1 mg de serrapeptase.

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé enrobé gastro-résistant, boîte de 40 .

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ENZYMOTHERAPIE à visée antioedémateuse et fluidifiante

(M : Système locomoteur)

(M : Système respiratoire)

Exploitant/Fabricant :

Laboratoires SYNTHEMEDIC

20-22, Rue Zoubeir Bnou Al aouam. Roches Noires - Casablanca

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament, modificateur des sécrétions bronchiques, est indiqué en cas d'affection respiratoire récente avec difficulté d'évacuer les crachats.

Il est également utilisé pour traiter les œdèmes consécutifs à un traumatisme ou une intervention chirurgicale.

ATTENTION !

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE en cas d'allergie connue à l'un des constituants notamment à la serrapeptase (enzyme).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

47,80

Novartis

onbrez® breezhaler®



150 microgrammes et 300 microgrammes
poudre pour inhalation en gélules

Maléate d'indacatérol

ONBREZ® BREEZHALER® 150 µg
Poudre pour inhalation en gélule

Boîte de 30
PPV : 484 DH

6 118001 031115



Novartis

onbrez®
breezhaler®



150 microgrammes et 300 microgrammes
poudre pour inhalation en gélules

Maléate d'indacatérol

ONBREZ® BREEZHALER® 150 µg
Poudre pour inhalation en gélule

Boîte de 30
PPV : 484 DH

6 118001 031115



Novartis

onbrez® breezhaler®



150 microgrammes et 300 microgrammes
poudre pour inhalation en gélules

Maléate d'indacatérol

ONBREZ® BREEZHALER® 150 µg
Poudre pour inhalation en gélule

Boîte de 30
PPV : 484 DH

6 118001 031115



Dr. Hassane Fetoui
Chirurgien

Chirurgie Générale
Coelio Chirurgie
Echographie Générale



الدكتور حسن فتوى
طبيب جراح

الجراحة العامة - الجراحة بالمنظار
الفحص بالصدى

ORDONNANCE

Essaouira, le 27/7/2021

Mr Ahmed Chennouci

faire svp

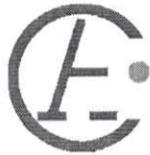
Rx Thorax

DR HASSAN FETOUI
CHIRURGIEN
10, RUE OUED EL MAKHAZINE
BAB DOUKKALA ESSAOUIRA
TÉL: 06 64 72 11 76 - 05 24 78 48 06

10، زنقة واد المخازن باب دكالة الصويرية

الهاتف : 06 24 78 48 06 - المحمول : 05 24 78 48 06

E-mail : hassane.fetoui@gmail.com



NOTE D'HONORAIRES

| ESSAOUIRA LE | 07/09/2021 | |
|--|-----------------|-----------|
| PATIENT | Chennaoui ahmed | |
| ACTE | MÉDECIN | MONTANT |
| RADIO THORAX | | 150 |
| TOTAL | | 150,00 Dh |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : cent cinquante dirhams | | |
| | | |

Clinique Al Akhawayn
13, quartier des dunes, Avenue Alaqa, 44000 - ESSAOUIRA - MAROC
boulevard de l'indépendance - ESSAOUIRA
Tél. 05.24.47.31.44