

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

iologie 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.

ique :

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.

ntaire :

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.

ladie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10349

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZOUAFI EL MOUSSAFA

Date de naissance :

27-09-1958

Adresse :

la même

Tél. : 0658607864

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/11/2021

Nom et prénom du malade : HASSIB FATIMA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA + hypertension + astéolgie

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : R. A. M.

Le : 08/12/2021

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DE BOURGOGNE Derb. 34150 RIBAULT Tel 0522 81 35 83 Fax 0522 81 11 77	27/11/2021	22.91.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

- Diplômée en Gynécologie Obstétrique
(Université de Besançon - France)
 - Diplômée en Echographie
(Université de Dijon - France)
 - Diplômée en hysteroscopie et colposcopie
(Université de Paris - France)
 - Ancien Médecin Chef du Centre
de Santé Sidi Mâarouf

طبية
الطب العام

- شهادة في طب النساء والتوليد
 - جامعة بزانسون - فرنسا)
 - شهادة في الفحص بالصدى
 - جامعة ديجون - فرنسا)
 - شهادة فحص الرحم وغلاق الرحم بالمنظار
 - جامعة باريس - فرنسا)
 - طبيبة رئيسية سابقاً بالمركز الصحي سيندي معروف

Casablanca le: 27/11/2020

HAROLD B.

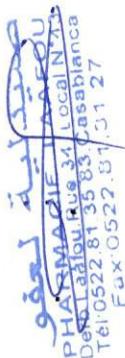
FATIMA

✓ Coveron 3001 12.5
158.00^{.03} LxL. P. 3000 ✓

3) Ciclonei 27-0-0 20p 3al p. 5

4) Soc. work files
unseen 2nd p. 16

SV
12 ♂ Arcosius 720 sp. sp. 18 j.
13 4.50 ♂ x 5



⑥) DULON 30
Bax 218 100%

160.-

x 3

160.-
2 281.- 0

Docteur Bedia MOUTID,
Médecin Généraliste
180, Bd el Fida - Casablanca
Tél: 0522 81 72 59
06 62 25 20



PHARMACIE IAAFOU
Derdiaou Rue 34 Ocean N°13
Tel: 0522 81 72 27
Fax: 0522 81 72 27

Co-Vepran®

Irbésartan/Hydrochlorothiazide

300mg/12,5mg

28 Comprimés pelliculés

Voie orale

PPV : 158DH00

Lot n° :

Exp. :

PPV : 158DH00

Lot n° :

Exp. :

MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS

سوطما

DULOPHI® 30 mg

Duloxetine

LOT : BDD42001A
PER : SEP 2023
PPV : 160 DH 00

LOT : BDD42001A
PER : SEP 2023
PPV : 160 DH 00

LOT : BDD42001A
PER : SEP 2023
PPV : 160 DH 00

30 gélules
Gastro-résistantes

CICLOVIRAL®

Aciclovir

400 mg

Voie orale

LOT 199069

EXP 09/22

PPV 270DH00

25 comprimés

