

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 :

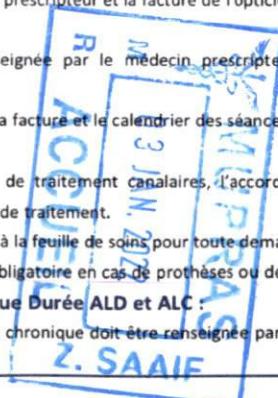
- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement 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° W21-651624

ND: 98461

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : | 1607 | Société : | Diam |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : BELAMINE EL HAFID | | | |
| Date de naissance : 1936 | | | |
| Adresse : Ville Oute Résidence Malek 1 Bois Koura Casablanca 20000 | | | |
| Tél. : | 06 61 12 700 | Total des frais engagés : | 1000 Dhs |

| | |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| Date de consultation : 15 DE 08 2021 | |
| Nom et prénom du malade : BELAMINE EL HAFID Age : 85 | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | |
| Nature de la maladie : 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 N° W21-651624 | |
| 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 : | |

| 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 |
| 15/02/2014 | جراحة | 1 | 2000 | INP : 123456789 طبيب ماهر لذاته العنوان: ٢٠٣٦٧٥٣٩٦٣٨ رقم المكتب: ١٢٣٤٥٦٧٨٩٠ الطبقة: ١٢٣٤٥٦٧٨٩٠ الشارع: شارع الحسين البلدة: حي المطرة المحافظة: مازنون |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 15/11/2011 | 609.90 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | 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'ODF. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | <hr/> | | | G | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Docteur Saïd AZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزوللي

طبيب محلق

صرير لدى المحاكم

RECAINE - THABIB

Casablanca, le : 15 DEC 2021 الدار البيضاء، في :

Tamnic

Ag à Moli



الطباعة الخضراء
PHARMACIE EXCELENTOWN
TÉL: 05 22.78.28.28
ville verte - Bouanouia 22.220.25.25
Green Town

1. Predni - 20 S. V 420

zypfematek 6.7V

2. Nacemet 4200
1 ag x 27

LOT N°:

UT. AV:

P.V (DH):

4200

3. Dirl SNS (n'a acheté)

100 x 3

4. Cardoagital Ag à Moli

طوابي مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - E-mail : drgza@gmail.com

TPSV

6. Couplet.

at 30m/s

~~109,70x5
548,50~~ 1 - 2 - 1

J. F. Fisionala

1940

王立群

~~609,90~~

الله اعلم

ANTIBIO SYNALAR

19,40



الطبخ
PHARMACIE GREENTOWN
Dr. AZIZ AZZENNAR
Green Town - 30 5255 59

الطب والجراحة
PHARMACIE GREENTOWN
Dr. AZIZA AIZENAR
Green Town 30-5253-59



CONTIFLO[®]

Chlorhydrate de Tamsulosine

30 Gélules
à libération
prolongée

Voie orale

0.4 mg



SUN
PHARMACEUTICALS
MOROCCO LLC

CONTIFLO[®] D



30 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg





CONTIFLO®

Chlorhydrate de Tamsulosine

30 Gélules
à libération
prolongée

Voie orale

0.4 mg



SUN
PHARMACEUTICALS
MOROCCO LLC

CONTIFLO® D



30 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg





CONTIFLO[®]

Chlorhydrate de Tamsulosine

30 Gélules
à libération
prolongée

Voie orale

0.4 mg



SUN
PHARMACEUTICALS
MOROCCO LLC

CONTIFLO[®] D



30 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg





CONTIFLO[®]

Chlorhydrate de Tamsulosine

30 Gélules
à libération
prolongée

Voie orale

0.4 mg



SUN
PHARMACEUTICALS
MOROCCO LLC

CONTIFLO[®] D



30 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg





CONTIFLO®

Chlorhydrate de Tamsulosine

30 Gélules
à libération
prolongée

Voie orale

0.4 mg



SUN
PHARMACEUTICALS
MOROCCO LLC

CONTIFLO® D



30 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg

