

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

- 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 Anglo: Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie *Par l'adhérent*
N° W21-676923

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4204	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	104614
Nom & Prénom : JEANNAN ABDALLAH			
Date de naissance : 07/10/31/842			
Adresse : Bloc "j" N° 28 Le Pépinier			
Tél. : 0662450560 Total des frais engagés : 905,40 Dhs			

Autorisation CNP : A-A-215/2015	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin : Dr. Mohammed Anass AMAR Spécialiste des Maladies des Reins et Hemodialyse - INPE : 101236297 18, Av. Palestine Bataâna - Salé Tel: 0537.88.68.55 Fax: 0537.88.06.06		
Date de consultation : 23/12/2012			
Nom et prénom du malade : JEANNANE Abdellah 80ans			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Demosclélyx chronique			
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 : SALÉ Le : 23/12/2012
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-676923
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 :	

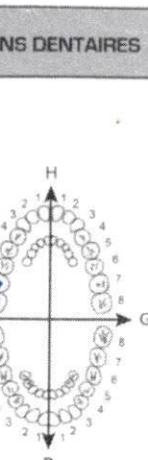
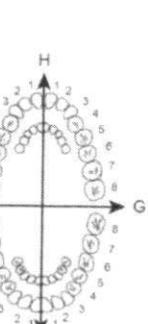
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
9/3/2021	HALIMAT	1	860	INP : 101236297

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>1020862</i>	08/01/22	181350 10
	23/12/2021	232,70
	23/12/22	232,70
	23/12/21	232,70

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.																								
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																				
				CCEFFICIENT 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. PROTHESES DENTAIRES																				
					DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B	11433553	G	
					H																			
					25533412	21433552																		
					00000000	00000000																		
D																								
00000000																								
35533411																								
B	11433553																							
G																								
CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
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																								

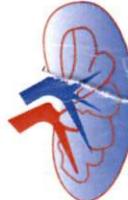
Dr Mohammed Anass AMAR

Spécialiste en Néphrologie - Dialyse

Lauréat de la Faculté de Médecine

et de Pharmacie de Rabat

CENTRE D'HEMODIALYSE DIYAR SARL - SALE



الدكتور محمد أنس اumar

اختصاصي في أمراض الكلى وتصفية الدم

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

مركز أمراض الكلى وتصفية الدم ديار - سلا



Dr. Mohammed Anass AMAR
Spécialiste des Maladies des Reins
et Hémodialyse - INPE : 101236297
18, Av. Palestine Bettana - Salé, Tél : 0537.88.53.55. Fax : 0537.88.06.55

Salé, le 23/12/2021

ABDELLAH JEXIANE

302,00

1 - LAGUX 500

27,70

2 - CANTABIO ASPIRINÉ 500

205,00

3 - PHARMACIE SEMALI
37, RUE HALIMA
SIDI MOUSSA - SALE
Tél : 0537 88 45 60

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
330 CP
P.P.V : 205,00 DH



TAVANIC 500
4 hr 1h Jmr
tbs 1/2 4 hr (x 06 Jmrs)

Dr. Mohammed Anass AMAR
Spécialiste des Maladies des Reins
et Hémodialyse - INPE : 101236297
18, Av. Palestine Bettana - Salé, Tél : 0537.88.53.55. GSM : 0767.61.26.82
0537.88.06.55. Fax : 0537.88.06.55

18, Avenue de Palestine, Bettana - Salé, Tél. : 0537 88 00 88 / 0537 88 53 55 GSM : 0767 61 26 82

ICE : 00221622300018 mehassamar@gmail.com / dialysediyar@gmail.com

4. THE CEF . 13

56,60

$\int -871.1x^{10x}$



Dr. Mohammed Anass AMAR
Spécialiste des Maladies des Reins
et Hémodialyse - INPE : 101236297
18, Av. Palestine Bettana - Salé
Tél: 0537.88.53.55 - Fax: 0537.88.06.06



PARIS 13^e
PARIS 13^e
AV. Lalla Ameur, 9 Rue Lavaur
Télé. 05-37-22-12-12

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V:560H60
118000061465
0
PER.:07/2025
LOT.:21E005



ترسيف

دواء ملطف
دواء يخاف على الماء



دواء ملطف

ترسيف



P.P.V : 104.70 DH
LABORATOIRES SOTHEMA



Remboursable AMO



TRICEF 1g/10 ml I.V.

Flacon et sonner pour solution injectable,
Boite unitaire

Uniquement sur ordonnance - Liste I

Respecter les Doses Prescrites



Contenu en sodium : 83 mg.

par ampoule.

Eau pour préparations
injectables : 10 ml

Solvant :

Centraxon (DCI)...1 g
par flacon.

Composition :



ترسيف

دواء لـ
الجراثيم



دواء لـ
الجراثيم



P.P.V : 104.70 DH
LABORATOIRES SOTHEMA



Remboursable AMO



TRICEF 1g/10 ml I.V.

Flacon et sonner pour solution injectable,
Boite unitaire

Uniquement sur ordonnance - Liste I

Respecter les Doses Prescrites



Contenu en sodium : 83 mg.

par ampoule.

Eau pour préparations
injectables : 10 ml

Solvant :

Centrazone (DCI)...1 g

Poudre :

Composition :



ترسيف

دواء ملطف
دواء يخاف على الماء



دواء ملطف

ترسيف

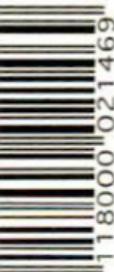


P.P.V : 104.70 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

TRICEF 1g/10 ml I.V.

Flacon et sonner pour solution injectable,
Boîte unitaire

Remboursable AMO



6 118000 021469

Uniquement sur ordonnance - Liste I

Respecter les Doses Prescrites



Contenu en sodium : 83 mg.

par ampoule.

Eau pour préparations
injectables : 10 ml

Solvant :

Centrazone (DCI)...1 g
par flacon.

Composants :

Poudre :
Centrazone (DCI)...1 g
par flacon.

كاريديو أسبرين 100 مغ

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



118001 090280 9

30 قرص لا يتاثر بحموضة المعدة



MFD

®

BT12CX2 08 2019

08 2024

EXP

dépassant pas 25°C.

Conserver à une température ne
dépassant pas 25°C.

excluents qsp un comprimé

1 comprimé contient 100 mg
d'acide acétylsalicylique

Composition:

جافى ٢٥٪ ماء ٧٥٪
جافى ٢٪ ماء ٩٨٪
جافى ١٪ ماء ٩٩٪
جافى ٠٣٪ ماء ٩٩٪
جافى ٠٢٪ ماء ٩٩٪
جافى ٠١٪ ماء ٩٩٪
جافى ٠٠٥٪ ماء ٩٩٪
جافى ٠٠٣٪ ماء ٩٩٪
جافى ٠٠٢٪ ماء ٩٩٪
جافى ٠٠١٪ ماء ٩٩٪

30 comprimés gastro-résistants

Acide acétylsalicylique



CARDIO ASPIRINE
100 mg

Respecter les doses prescrites