

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 canaux, 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 canaux.

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 Étage 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° W21-676923

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4204 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : ABDELLAH

Nom & Prénom : JENNAN

Date de naissance : 07/10/1942

Adresse : Bloc "j" N° 28 Pépinière

Tél. : 066245560 Total des frais engagés : #905,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohammed ANASS AMAR
Spécialiste des Maladies des Reins
et Hémodialyse - NPE : 101236297
18, Av. Palestine Bettana - Salé
Tél : 537.88.53.55 Fax : 537.88.06.06

Date de consultation : 23/12/2021

Nom et prénom du malade : JENNANE Abdelhak

Age : 79 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Démence 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 : 23/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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 :

RELEVÉ 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
23/12/22				INP: 101236291

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/01/22	10
	23/12/22	32,70
	23/12/22	
	23/12/22	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []	

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 أعمار

إختصاصي في أمراض الكلى وتصفية الدم

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

مركز أمراض الكلى وتصفية الدم دييار - سلا



101236297

Dr. Mohammed Anass AMAR
Spécialiste des Maladies des Reins
et Hémodialyse - INPE : 101236
18, Av. Palestine Bettana - Salé
Tél: 0537.88.53.55 - Fax: 0537.88.05.42

Salé, le 23/12/21



100001296

ABDELLAH JENNANE

302,00

1 - LABOLUX 500

1 x /jr

27,70

2 - CARBIO ASSIMINE 500

1 x /jr

205,00

3 - TAVANIC 500

1 cp /jr 16 jrs

232,70

pris 1/2 cp /jr (x 06 jrs)

pharmacie
Dr. GUEDIRA Hsm
Professeur en Pharm
Faculté de LILLE - France
350, Av. Mohammed V - R
Tél: 05 37 72 24 21

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
LAB LIX SPECIAL 600MG
330 CP
PPV :
302,00 DH
1-8001 082801

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
Tavanic 600mg cp pel b7
P.P.V : 205,00 DH
116001 080830

4- TRILEF . 13

56,60 - 30688

5- STILNOX 10

W* 7 80
1/1/2002



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



10420x3
314.10
PHARMACIE AL JAZIRA
Dr. Bouazza MAHBOUB
Av. Lalla Amina, 9 rue Lalla
Taharquet - Salé - Tél. 0537.88.06.06

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 560H60
LOT : 21E005
PER : 07 2025
S 1180000 061465



تريتي وريدي

مسحوق ومحلول للحقن
عنبر الوريد



سيفترايكون

تريستيف



P.P.V : 104.70 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

TRICEF 1g/10 ml i.v.

Poudre et solvant pour solution injectable,
Bottle unitaire

Remboursable AMO



Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرف بوصفة طبية - قائمة I

Respecter les Doses Prescrites
احرص على الجرعات الموصوفة



Composition :
Poudre :
Ceftriaxone (DCI)....1 g
Solvant :
Eau pour préparations
injectables : 10 ml
par ampoule.
Teneur en sodium : 83 mg.

سيفترين
سيفتراكسون



مسحوق ومحلول للحقن
عنبر الوريد



P.P.V : 104.70 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرف بوصفة طبية - قائمة I

Respecter les Doses Prescrites
احرص على الجرعات الموصوفة



Composition :
Poudre :
Ceftriaxone (DCI) : 1 g
Solvant :
Eau pour préparations
injectables : 10 ml
par ampoule.
Teneur en sodium : 83 mg.

TRICEF 1g/10 ml i.v.

Poudre et solvant pour solution injectable,
Boîte unitaire



Remboursable AMO



سيفترين
سيفتراكسون



مسحوق ومحلول للحقن
عنبر الوريد



P.P.V : 104.70 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرف بوصفة طبية - قائمة I

Respecter les Doses Prescrites
احرص على الجرعات الموصوفة



Composition :
Poudre :
Ceftriaxone (DCI) : 1 g
Solvant :
Eau pour préparations
injectables : 10 ml
par ampoule.
Teneur en sodium : 83 mg.

TRICEF 1g/10 ml i.v.

Poudre et solvant pour solution injectable,
Boîte unitaire



Remboursable AMO



كارديو أسبرين 100 مغ

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280



MFD

BT12CX2 08 2019

08 2024

EXP

30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة



®

Composition:
1 comprimé contient 100 mg
d'acide acétylsalicylique
excipients qsp un comprimé
Tenir hors de portée des enfants
Conserver à une température ne
dépassant pas 25°C.

المركبة :
كل قرص يحتوي على 100 مغ من
حمض أسيتيل ساليسيليك
ما يكفي من السراج لقرص واحد
يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال
يحفظ تحت درجة حرارة لا تتعدى
25 درجة مئوية

30 comprimés gastro-résistants



Acide acétylsalicylique

CARDIO ASPIRINE 100 mg

CARDIO ASPIRINE

100 mg

Respecter les doses prescrites