

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 047437

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2929 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : NAJIB Mohamed
Date de naissance :
Adresse : 27, Tadda II, P-adjug 6, Benmedouch
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : Chadia Delbagh Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ 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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | G | G | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie ALAFAD 13.5 Rue Ila Abou Mad BERRECHID - Tel.: 0522 33 64 01 | 16/08/22 | 442,40 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

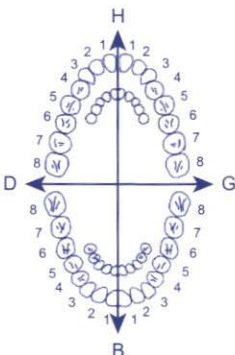
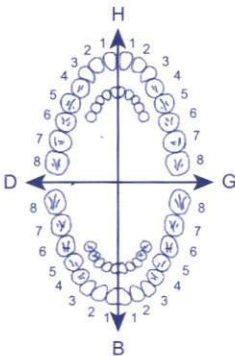
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| |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

RELEVÉ 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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|--|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | 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

ROYAUME DU MAROC
 MINISTRE DE LA SANTE
 DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE
 A LA REGION CASABLANCA SETTAT
 DELEGATION PROVINCIALE DE BERRECHID
 CENTRE HOSPITALIER PROVINCIAL DE BERRECHID
 HOPITAL PROVINCIAL DE BERRECHID

16 FEV 2022

BERRECHID, LE :

M^{me} DEBBAGH
 CHADIA

ORDONNANCE

2x55,00

1) Amodia 1g

120,70 1 cp 2 fois / j

2) Zalam 30 mg

48,40 1 cp / j

3) Gamison sinop

78,70 1 cas 3 fois / j

+ 4) Diamerom 60 mg cp

44,70 1 cp / j

5) Exome sachet

39,90 1 sachet 3 fois / j

442,40

x 8 jours

Pharmacie ALAFAQ
 1.3.5 Rue Ila Abou Madi
 - BERRECHID -
 Tel.: 0522 33 64 01



غافيسكون مزيج معلق للشرب في قارورة سعة 150 ملل
التركيبية:

الجينات الصوديوم 10 غ
بيكربونات البوتاسيوم 2 غ
السواغات: كل كل جرعة واحدة من 100 ملل

قائمة السواغات ذات التأثير المخفض:
بار هيدروكسيبيترولات
المثيل و البروبيل.
دواعي الاستعمال:
يوفر غافيسكون أدفانس
تنظيف سريعة، تنوم
طويلا، ضد حرقة
المعدة و عسر الهضم.
طريقة الإستعمال:
عن طريق الفم.

Soulever ici.
Ne pas enlever.

e 150ml

DISPONIBLE EN PHARMACIE
UNIQUEMENT

غافيسكون أدفانس

GAVISCON

ADVANCE

GOÛT MENTHE

SOULAGEMENT RAPIDE ET PUISSANT

- Brûlures d'estomac & indigestion
- Formule extra Puissante
- Effet Longue Durée
- تنوم طويلا
- حركة المعدة و عسر الهضم
- تركيبة بقوة اضافية

نكهة النعناع

خالى من السكر

يحرك جيدا قبل الشرب.
لا تتركوه في متناول الأطفال.
يتم التخزين في درجة حرارة تقل عن 30 مئوية.
لا يجب الحفاظ على القارورة لمدة تزيد عن 6 أشهر.


Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.
Tenir hors de portée des enfants.
Fabricant titulaire de licence au Royaume Uni:
Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.
Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des marques de commerce.
Utiliser dans les 6 mois après ouverture.
AMM No 104/14 DMP/21
PPV: 48 DH 40

BN 103681
DOM 02/2021
EXP 02/2023

3079956



PPV: 55,00 DH
LOT: 647138
PER: 01/23

AMOXIL 1g 
12 comprimés dispersibles




6 118000 160038

LOT 21001
PER 06/23
PPV 120 DH 70.

120,70

44,70

PPV: 55,00 DH
LOT: 646360
PER: 09/22

AMOXIL 1g 
12 comprimés dispersibles



6 118000 160038

LOT 21001
PER 06/23
PPV 120 DH 70.

29,90

78,70