

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

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W21-685482

Nov 30/2017

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9758

Société : RNM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : OUMARSAoui

AZIZA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

600 + 1.284 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

B. BENJELLOUN
Professeur En
Pedopsychiatrie

Date de consultation :

16/03/2017

Nom et prénom du malade :

BENJELLOUN OTMANE

Age :

23

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Problème pédopsychiatrique

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/03/2017

Benjelloun

Autorisation C.I.D.P N° : A-A-215/2019

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
16/03/2022	consultation	1	600DH	INP : 091016261 G. BEIJER Docteur En Psychiatrie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/03/2029	1234800H RC-245601 161-358725 40436642

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

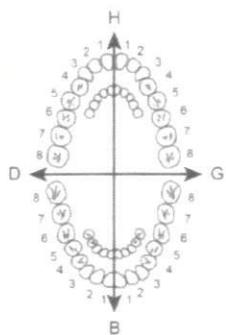
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

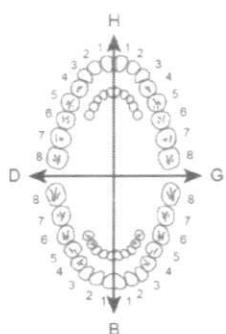
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



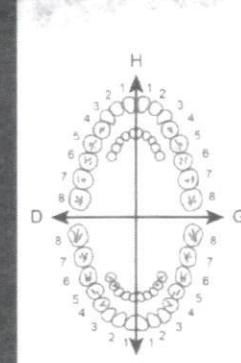
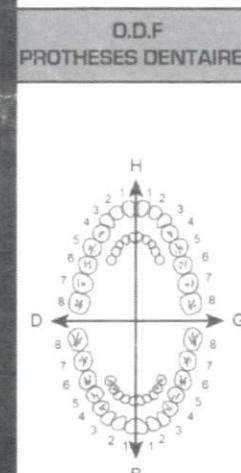
O.D.F
PROTHESES DENTAIRE



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

		COEFFICIENT DES TRAVAUX																
		MONTANTS DES SOINS																
		DEBUT D'EXECUTION																
		FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHESES 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>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552																
D	00000000	00000000																
<hr/>																		
B	00000000	00000000																
G	35533411	11433553																
		COEFFICIENT DES TRAVAUX																
		MONTANTS DES SOINS																
		DATE DU DEVIS																
		DATE DE L'EXECUTION																

Casablanca, le

16/3/2022

Essence

the

189,10x3

Tweez 20 mg



189,10x3
83,10x5
Pisodol 1 mg



2
100,93,82,11
2,93,82,11

1

1

PHARMACIE DES STADES 2020
50, Rue Al Fourni - Casablanca
Tél : 05 23 79 25
RC : 245509 - N° : 337305
IF : 40-33642

3

G. BENJELOUN
Professeur En
Pedopsychiatrie

Clinique Villa des Lilas. Projet Casa Anfa, Angle

Capital : 10.000.000 Dh • ICE : 00174081300007

Tél : +212 522 774 170 • Fax : +212

www.villadeslilas.ma



Pedokid neuost

98.0

Acad le Bol

HARMACIE DES STADES
50. Rue Al Foutah Casab'at
Tél: 05 22 25 49 25
RC: 245509 - P.I.F. 358730625

X 34180 D14

PHARMACIE DES STADES
50. Rue Al Foutah Casablanca
Tél: 05 22 25 32 25
IF: 40436642

G. BENJELLOUN
Professeur En
Pedopsychiatrie



NERVOSITÉ

Soucieux d'apporter à l'enfant les meilleures sources concentrées de nutriments et d'actifs à effet physiologique, les Laboratoires INELDEA, ont élaboré PEDIAKID® : une gamme de produits formulée selon les exigences de qualité et de sécurité propres à l'enfant. Les extraits actifs de plantes contenus dans la gamme PEDIAKID® sont rigoureusement sélectionnés pour leurs propriétés reconnues et leur action douce.

Tous les concentrés buvables PEDIAKID® contiennent des fibres solubles d'acacia, aux effets rééquilibrants de la flore intestinale.

Exclusivité des laboratoires INELDEA, le sirop d'Agave est constitué de sucres naturels non raffinés.

FORMULE EXCLUSIVE BREVET DÉPOSÉ

N°CE : DA20191907528DMP/20UCA/V1

Fabricant

PEDIAKID® est une marque déposée des
Laboratoires INELDEA

ZI de Carros - 06510 Carros - France

www.pediakid.com - www.ineldea.com

Distributeur :

Rimapharma - 165, Bd Abdelmoumen

Casablanca. Maroc.

Tél : +212-522-29-58-47

LABORATOIRES

INELDEA

BATCH: 081325

MFD: 08/10/20

EXP: 10/2023



3 700225 600227 >



* 7 8 2 4 2 7 6 *

170820V2MAP

TuneLuz
fluoxétine

20 mg

30

Voie Orale



افريـكـ فـارـ
AFRIC-PHAR

TuneLuz®
fluoxétine

LOT 21D064
EXP 12/24
PPV 189DH10

20 mg

30

Gélules

Voie Orale

TuneLuz
fluoxétine

20 mg

30

Voie Orale



TuneLuz®
fluoxétine

LOT 21D064
EXP 12/24
PPV 189DH10

20 mg

30

Gélules

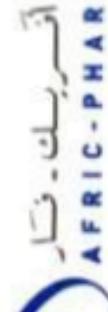
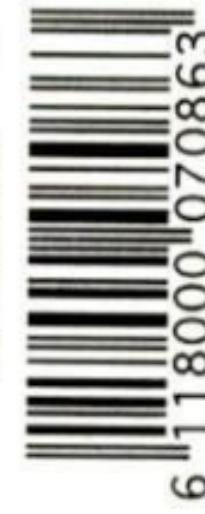
Voie Orale

500202i

199,10

TUNELUZ® 20 mg

30 Gélules



جوجل

فلوروكسيتين

20
ملغ

30

بر شام

عن طريق الفم