

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 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

- 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 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° W19-503353

114786

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1765 Société : PAN.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SADDIQI Noureddine

Date de naissance : 8.11.52

Adresse : Res. EL PANIAR ATLAS 1.2. Marrakech

Ar. Tachli Ben Barka

Tél : 0661376164 Total des frais engagés : 334,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/06/2020

Nom et prénom du malade : Zizi Souma Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Grippe

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 : Marrakech, Le : 17.06.20


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
17/06/20	cc	cc	cc	INP : 

Dr. ZINEB ASRY
Médecin Interne

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/06/20	334,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX


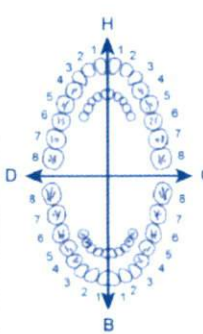
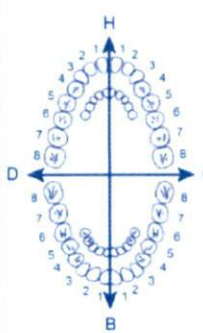
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 														
				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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Ordonnance

90,80

Faite le : 17/06/2020

90,80 ZITI Sanca

1) - ASTAPH 500 mg

14,00 1 cp 3 j

2) - Doliprane 1 cp

31-20 1 cp chaque 6h

3) - Bronchatiel sirop

1 càc 3 j / jr

4) - D. cure forte (4 bts)

48 box 4

PPV:14DH00
PER:11/22
LOT:I2530

Dr. ZINEB ASRY
Médecin Interne

3 ans... les buvables

D-CURE® FOR

Cholécalfcérol 100 000 UI
Vitamine D3

1 Ance



Importé par :

Ergo
maroc

Les laboratoires ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca. Maroc.
AMM N° : 24/16DMP/21/NNP



Composition :

Principe actif :

Cholécalfcérol 100 000 UI

Excipients.....qsp.....1ml

Indications, posologie, mises en garde spéciales :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

نواعي الإستعمال، الجرعات و تحذيرات خاصة :

اقرأ النشرة جيدا قبل الإستعمال.

A conserver :

- Dans son emballage d'origine à l'abri de la lumière et à une température ne dépassant pas 30°C.

- Hors de la portée des enfants.

- يحفظ في عبئته الأصلية بعيدا عن الضوء وفي

درجة حرارة لا تتجاوز 30° درجة.

- يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.

3 ans... les buvables

D-CURE® FOR

Cholécalfcérol 100 000 UI
Vitamine D3

1 Anis



Importé par :

Ergo
maroc

Les laboratoires ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca. Maroc.
AMM N° : 24/16DMP/21/NNP



Composition :

Principe actif :

Cholécalfcérol 100 000 UI

Excipients.....qsp.....1ml

Indications, posologie, mises en garde spéciales :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

نواعي الإستعمال، الجرعات و تحذيرات خاصة :

اقرأ النشرة جيدا قبل الإستعمال.

A conserver :

- Dans son emballage d'origine à l'abri de la lumière et à une température ne dépassant pas 30°C.

- Hors de la portée des enfants.

- يحفظ في عبوته الأصلية بعيدا عن الضوء وفي

درجة حرارة لا تتجاوز 30° درجة.

- يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.

3 ans... les buvables

D-CURE® FOR

Cholécalfcérol 100 000 UI
Vitamine D3

1 An



Importé par :

Ergo
maroc

Les laboratoires ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca. Maroc.
AMM N° : 24/16DMP/21/NNP



Composition :

Principe actif :

Cholécalfcérol 100 000 UI

Excipients.....qsp.....1ml

Indications, posologie, mises en garde spéciales :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

بواعي الإستعمال، الجرعات و تحذيرات خاصة :

اقرأ النشرة جيدا قبل الإستعمال.

A conserver :

- Dans son emballage d'origine à l'abri de la lumière et à une température ne dépassant pas 30°C.

- Hors de la portée des enfants.

- يحفظ في عبوته الأصلية بعيدا عن الضوء وفي

درجة حرارة لا تتجاوز 30° درجة.

- يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.

3 ans... les buvables

D-CURE® FOR

Cholécalfcérol 100 000 UI
Vitamine D3

1 An



Importé par :

Ergo
maroc

Les laboratoires ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca. Maroc.
AMM N° : 24/16DMP/21/NNP



Composition :

Principe actif :

Cholécalfcérol 100 000 UI

Excipients.....qsp.....1ml

Indications, posologie, mises en garde spéciales :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

بواعي الإستعمال، الجرعات و تحذيرات خاصة :

اقرأ النشرة جيدا قبل الإستعمال.

A conserver :

- Dans son emballage d'origine à l'abri de la lumière et à une température ne dépassant pas 30°C.

- Hors de la portée des enfants.

- يحفظ في عبوته الأصلية بعيدا عن الضوء وفي

درجة حرارة لا تتجاوز 30° درجة.

- يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.

BRONCOLIBER®

Ambroxol Chlorhydrate

Solution
buvable

30 mg / 5ml
200 ml

ADULTES

Voie Orale



TECNIMEDE GROUP

51,00