

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-683472

116808

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1854	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : IAHLO			
Date de naissance : 184 801 Ghenni Res. Chak			
Adresse : 184 801 Ghenni Res. Chak			
Tél. : 05 23 31 60 60 / LG Total des frais engagés : 06 406 4030 Dhs			
Cadre réservé au Médecin Cachet du médecin : Dr. IAKINE Salim Clinique Anita Mohammadi Gastro-Entérologue Hépatologue 8d Sebta La Colline Tél. 05 23 31 60 60 / LG			
Date de consultation : 03/12/2013			
Nom et prénom du malade : AHLO			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Diabète			
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) : _____



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
25/10/2013	(C)	100%	1000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
  	28/03/22	168,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

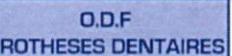
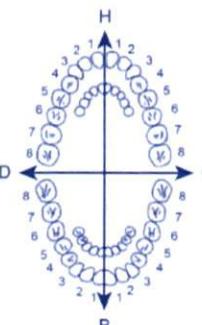
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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.



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>
ET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	



مَصْبَحَةُ أَنْفَالِ الْمُحَمَّدِيَّةُ
PHARMACIE OULMEJ CASA
S.A.R.L.A.A
Angle Bd Ghandi et Yacoub
El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 06 08 06
Mohammedia, le 25/03/22

Mr ou Mme : LAHLOU Aïcha

1 SSAC 60
226,00 (n° 1)
2 D-CURE forte.
56,30 (n° 1) zénith
3 Sedex 20
30,00 (n° 1) SP V
4 Bedelix 20
51,00 (n° 1) sa netto
5 Rizat 20
51,00 (n° 1) Nembal 20
6 35% Fécès 30
168,00

BEDELIX 3G
SACHETS B30
LOT : 20E038
P.P.V : 57DH70
PER : 10/2025
6 1180000210234



Dr. YAKINE Sidi
Gastro-Entérologue
Hépatologue
Clinique Anfa Mohammedia
237 Bd Sébta la Colline - Mohammedia
Tél 05 23 31 60 60 / LG Fax 05 23 31 25 25

237, Bd. Sébta la Colline - Mohammedia - Tél : 05 23 31 60 60 / 50 - 05 23 30 06 86 / 87

Fax : 05 23 31 25 25 - Patente N° : 39551000 - I.F N° : 3101187 - C.N.S.S : 6627808 - ICE : 001715096000014

Solution huileuse bu
زيت للشرب

TOC

PV: 56,30 DH
LOT: 21A28D
EXP: 01/2023

COMPOSITION :

Clidinium bromure (DCI) 2,5 mg

Chlordiazépoxide 5 mg

Excipients q.s.p 1 comprimé dragéifié

Excipients à effet notoire :

Lactose et saccharose.

Avant toute utilisation, lire attentivement
la notice intérieure.

Librax® 5 / 2,5 mg 

30 comprimés dragéifiés



6 118000 280019

LOT:21277 PER:11/2024

PPV:21,00 DH

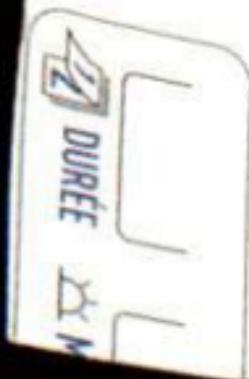
Fabriqué sous licence **Meda**

par les laboratoires **Steripharma**

Z.I Lina N° 347 Sidi Maârouf - Casablanca

Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

LOT 210599
EXP 12/2023
PPV 30.00DH



PPV 38DH50

EXP 03/2024
LOT 13025 1

Neutral[®]

Hydroxyde d'aluminium - Hydroxyde de magnésium

**Anti-Acide
Suspension buvable 250 ml**

PPV 38DH50

EXP 03/2024
LOT 13025 1

Neutral[®]

Hydroxyde d'aluminium - Hydroxyde de magnésium

**Anti-Acide
Suspension buvable 250 ml**