

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

- 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 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



121457

Déclaration de Maladie : N° P19- 0013786

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7728 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FIRAS BOUCHAB Date de naissance : 31.07.1935
 Adresse : FIRDIAOUS GB B3 APP 15 N1 RS
 Tél. : 06 76 92 81 95 Total des frais engagés : 863,70 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05 JUL 2022
 Nom et prénom du malade : FIRAS RABAT 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 : 5 / 07 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
05 JUL 2022	C		200 M	طبيب محترم خبير لدى المحاكم أقرب مستشفى الحي الحسني سارولا - الحي الحسني - الدار البيضاء الهاتف: 07 / 90 70 88

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE POLYCLINIQUE Dr. TIR Abdelaziz Route Mly Thami - Hay Hassan Tél: 0522 90 21 67 - Casa	05/07/22	663,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

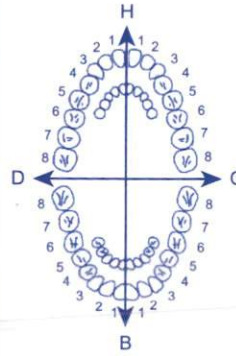
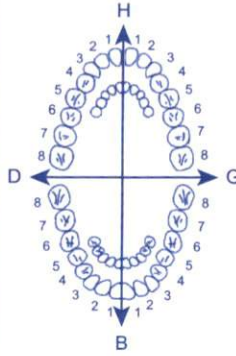
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le

الدار البيضاء، في :

FF FERRAS RABIA

SV

Xyflo

SV

245,00

2 - 22,00 x 20

30,00

SV

3 - 69,00

SV

4 - Docisor 8mg

36,30

SV

5 - Flasyd 100

99,40

SV

6 - Ceramix 20

663,10

Voie orale

10 Comprimés enrobés

P.P.V. : 245DH00

LOT: 210561
DLUO: 09/2024
69,00DH

Deva

36,30

99DH40
219017/1
08/2023

PPV
Lot n°
EXP:

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف : 05 22.90.70.88 - E-mail : drgza@gmail.com

LOT 201589
EXP 05/2023
PPV 30.00DH

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE				
MATIN				
MIDI				
SOIR				

Microgranules gastrorésistants en gélules

7x 

OEDDES[®]
oméprazole



20 mg
Voie orale


COOPER
PHARMA



COVERSYL®

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables **5 mg**

Voie orale.

Ne pas laisser à la portée des enfants

Composition : un comprimé pelliculé contient 5 mg de périndopril arginine.

Excipient : q.s.p. un comprimé pelliculé.

Contient du Lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations.

Posologie, indications, contre-indications, précautions d'emploi et effets indésirables : lire attentivement la notice interne.



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEJAD, Lot FATH 4

Rte d'Azzemour, 20180 Casablanca



احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة 1 : لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية

Liste 1 - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

COVERSYL®

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294



كوفرسيل® 5 ملغ

براندوبريل أرجينين

30 حبة ملبسة قابلة للكسر

يؤخذ عن طريق الفم.

يجب تناولها بعد تناول بد الأطفال.

التكوين : تحتوي حبة واحدة ملبسة على 5 ملغ من براندوبريل أرجينين.

السواغ : كمية كافية لكل حبة ملبسة تحتوي على سكر الحليب أحادي

الماء. راجع النشرة لزيد من المعلومات.

الجودة، دواعي الاستعمال، احتياطات

مضادات الاستعمال، الآثار الجانبية : اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

COVERSYL®

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables **5 mg**

30
Comprimés

00294



COVERSYL®

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables **5 mg**

Voie orale.

Ne pas laisser à la portée des enfants

Composition : un comprimé pelliculé contient 5 mg de périndopril arginine.

Excipient : q.s.p. un comprimé pelliculé.

Contient du Lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations.

Posologie, indications, contre-indications, précautions d'emploi et effets indésirables : lire attentivement la notice interne.



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEJAD, Lot FATH 4

Rte d'Azzemour, 20180 Casablanca



احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة 1 : لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية

Liste 1 - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

COVERSYL®

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294



كوفرسيل® 5 ملغ

براندوبريل أرجينين

30 حبة ملبسة قابلة للكسر

يؤخذ عن طريق الفم.

يجب تناولها بعد الأكل.

التكوين : تحتوي حبة واحدة ملبسة

على 5 ملغ من براندوبريل أرجينين.

السواغ : كمية كافية لكل حبة ملبسة

تحتوي على سكر الحليب أحادي

الماء. راجع النشرة لزيد من المعلومات.

الجودة، دواعي الاستعمال،

مضادات الاستعمال، إحتياجات

الاستعمال والآثار الجانبية :

اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

COVERSYL®

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables **5 mg**

30
Comprimés

00294