

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-625325

126539

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8218	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HMANI SAID			
Date de naissance : 03-10-68			
Adresse : Hay Essalam lot champs fructués 3 Mansour N° 01 L Casab			
Tél. : 06 61 23 5004	Total des frais : 1000 Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : ACC Date de consultation : 19/07/2022 Nom et prénom du malade : Acabri Houda Lien de parenté : Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : forte 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 : Casab
 Signature de l'adhérent(e) :

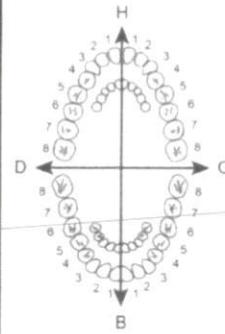
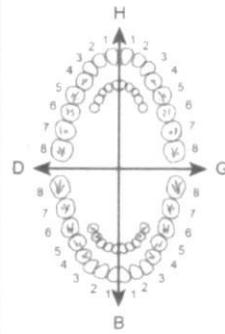
Le : 15/08/2022

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 caractère légal des Actes
13/07/2022				INP : 9 Dr Jean-Pierre BOURGEOIS Boulevard André Malraux 44110 Nantes INPE : 0911B1950
NON LAUREJ POUR S				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SOPHIE BOURGEOIS	13/07/2022	523,70
NON LAUREJ POUR S		

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
NON LAUREJ POUR S			

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM	IV
NON LAUREJ POUR S					

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'OOF				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	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	

LOT 090839/FCS
09/2024 PPV 54,00



10 Sticks
Arôme orange

Complément à base d'édulcorant - Poids net : 35 g

HIVERNEX® 10 Sticks
CONTRE LES SYMPTÔMES HIVERNAUX



6 111255 810611

1725X125

UT.AVV: 10 2 0 2 4 P.P.V.
7 9 7 0

LOT N°: FX 2 5 7 8

UT.AVV: 1 2 2 0 2 3 P.P.V.
7 9 7 0

LOT N°: FW 5 7 1 3

UT.AVV: 1 1 2 0 2 3 P.P.V.
7 9 7 0

LOT N°: FW 0 0 9 3

ZINASKIN® 45 mg

PPV 400H90 EXP 12/2024
LOT 18066 31

20 comprimés effervescents

ZINASKIN® 45 mg

PPV 400H90 EXP 12/2024
LOT 18066 49

20 comprimés effervescents

D-CURE® FORTE

3 ampoules buvables

PPV:49,60 DH
LOT: 21I29
EXP: 09/2024

D-CURE® FORTE

3 ampoules buvables

PPV:49,60 DH
LOT: 21I29
EXP: 09/2024

D-CURE® FORTE

3 ampoules buvables

PPV:49,60 DH
LOT: 22C15
EXP: 03/2025

Dr. LAAREJ Hanane

Professeur Assistant en
Pneumologie, Allergologie

Adultes et Enfants

Sevrage tabagique

Ronflement et apnées du sommeil

Examen du souffle, Echographie

Branchoscopie, Tests d'allergies

Casablanca le :



الدكتورة لعرج حنان

أستاذة مساعدة في أمراض
الجهاز التنفسي والحساسية
صفار و كبار

الإقلاع عن التدخين

الشيخير و توقف التنفس أثناء النوم

اختبارات التنفس و الفحص بالصدى

الفحص بالمنظار، اختبارات الحساسية

الدار البيضاء في:

Mme Houda Aladui

54. W

→ hiver en sig. S. O.

73.70 x 3 1 ca sa 31 j

→ Zyg. Shmor 500. 1 qpl 19 j



Vit C 1000 = 1 a/j 10j

40.90 x 2 1 z. assin 45. 1 a/j 10j

43.60 x 3 Dure Rok. 1 amp/sem 15 j

= 523.70



شارع عبد المؤمن تقاطع سومية أمام محطة الطرامواي، الطابق السادس، رقم 41. الدار البيضاء

119, Bd Abdelmoumen, Devant la station de Tramway, 6ème étage, N° 41

Tel.: 0522 22 02 03 / E-mail : hanane_laarej@hotmail.com