

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 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° P19- 047439

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2909 Société : 130020

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAJIB MOHAMED

Date de naissance : 01/07/1956

Adresse : BERRCHID

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/9/22

Nom et prénom du malade : Debagh Chada Age :

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

Nature de la maladie : Debagh Chada 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) : ACCUEIL I. BOUZACHANE

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
15/09/22			1200	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALARIO 1,5 Rue Ila Abu Mad BERRECHID Tél: 05 22 33 64 01	15/09/22	465,80

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 :

Veillez 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													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur JAHID Salah

الدكتور جاهد صالح

Medecine Générale

الطب العام

Expert Assermenté

خبير محلف لدى المحاكم

Près des tribunaux

Tissir ! Bd Hassan II N° 106

حي التيسير شارع الحسن الثاني الرقم 106

BERRECHID

برشيد

GSM : 0664097159

المحمول : 0664097159

BERRECHID Le : 15-9-22 برشيد في :

Deb agh Chadine

5x47,40

fluorana 100



19 46 - 23086

132/0

AClavir



27 graniscan 87



2x48,40

4165,80

Dr JAHID SALAH
Médecine Générale
Expert près les Tribunaux
106 Bd Hassan II Berrechid
Gsm : 06 64 09 71 59



Pharmacie ALAFAO

1.3.5 Rue Ila Abou Madi
- BERRECHID -

Tel. 05 22 43 64 01

02/2024



MERCK

Glucovance 500 mg/5 mg 
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 41.40 DH



MERCK

Glucovance 500 mg/5 mg 
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

02/2024



MERCK

Glucovance 500 mg/5 mg 
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

LOT : 4670

PER : 11/23

PPV : 132DH00

BN ADA070
DOM 08/2021
EXP 08/2023

08/2024



MERCK MERCK

nce 500 mg/5 mg 
nès pelliculés B/30

.40 DH

GOUT ANIS
T PUISSANT
pour l'indigestion
extra puissante
à Longue Durée
J. Guillaud & Co

BN	ADK198
DOM	02/2022
EXP	02/2024

24



EN PHARMACIE
UNIQUEMENT

خافيسكون

COM

ADVANCEE

Bien agiter avant usage. Ne pas réinjecter.
Tenir hors de portée des enfants.
Fabricant titulaire de la licence au Royaume Uni:
Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.
Bausson Avancee, l'apaise et le calme sont des maîtres de commerce.
Utiliser dans les 6 mois après ouverture.
AMM N° 08R/1202 DMP/21/NINDd
PPV-48 DH 40

حرك حيداً أقل الشرب
لا تتركه في مقنن الأطفال
يتم التخزين في درجة حرارة أقل من 30 مئوية
لا يجب الحفاظ على القارورة لمدة تزيد عن 6 أشهر بعد الفتح