

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 : adhésion@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° W21-762900

132838
Par Courrier

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 8495 Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ESSALHI ABDELAZIZ		
Date de naissance : 14 DARS 1965		
Adresse : LASSI JUSSIE		
Tél. : 0661238196 Total des frais engagés : 237,- Dhs		

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 21/9/2012		
Nom et prénom du malade : ESSALHI ASLELAJ		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Asthme + accident		
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 : 01/10/12 Le : 01/10/12
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-762900
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : _____	
Nom de l'adhérent(e) : _____	
Total des frais engagés : _____	
Date de dépôt : _____	

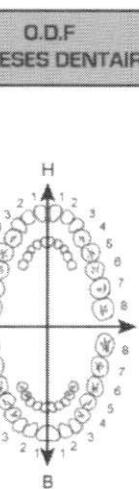
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22/09/02	C	10	10	INP : DR. HAMIDI M. EXPERT MEDICAL ECHOGRAFIE 42, AV. LALA AYAD 1010 7267

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 macie Moustawaf Bettana Tél : 05 37 80 49 GSM : 06 44 93 68 16 N.P. 102 1678	21-09-22	87,00

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.						
	Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>				
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
		DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>				
		FIN D'EXECUTION <input type="text"/>				
			DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE $ \begin{array}{r rr} H & 25533412 & 21433552 \\ \hline D & 00000000 & 00000000 \\ & 00000000 & 00000000 \\ B & 35533411 & 11433553 \end{array} $ [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
				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						

Dr HAMIDI M . Mahdi

LAUREAT DU C.H.U. AVICENNE

MEDECINE GENERALE

Diplômé d'Échographie Générale
de l'Université de Montpellier 1 France.

EXPERT ASSESSMENT

الدكتور حمیدی م. المهدی

خريج المركز الجامعي ابن سينا

الطب العام

حاصل على شهادة الفحص بالايكوغراني
من جامعة مونبوليي 1 بفرنسا
خبر معلم لدبي المحاكم

Salé, je

Salé, le 22/08/023

Nom :

H A J I C H A S S A L

19.70

87.00

40.90

75.50

283 10

42، شارع للا اسما - تيبي تيبي - سلا - الهاتف : 05.37.86.25.28

Relaxium® B6



1 gélule par jour

COMPLEXE RELAXANT

LOT: 220041
DLUO: 01/2025
87,00DH

magnésium
vitamine B₆

VOIE ORALE
30 GÉLULES

Deva

146-147 ZL. Tit Mellil - Casablanca

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J. OUAJDI Pharmacien Responsable

300 mg

300 mg
30 GÉLULES

Relaxium®
B6

Code : AC2 - 00040

۱۳۰

二

卷之三

ବାବା କୁଳାଳ ପାତ୍ରମା

BISPIRAZOLE

www.english-test.net

PER 750 h.
PER 1012

LOT 12943

AZIX®

Azithromycine

500 mg



3 Comprimés
sécables

bottU

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

®

AZIX

Azithromycine

500 mg

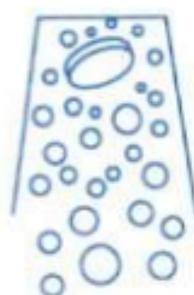
Voie orale

PPV: 79DH70

PER: 08/24

LOT: K2275

לְזִינָס 20



לְזִינָס 45

(לְזִינָס 45 mg)

לְזִינָס 45 mg

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90

EXP 12/2024

LOT 18066 77

20 comprimés effervescents