

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 AIC :

- 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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

Nº W21-706714

~~132954~~

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 : *CST*

Signature de l'adhérent(e) :.....

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 VITA PHARMACEUTICALS TEL: 05 23 56 43 63 PAR: 05 23 56 44 45 info@vita-pharma.com 15 Place Grégoire Roudier 33130 Blanquefort - CL	15/08/22	1135,20

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'ODF.																
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 <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	35533411	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	35533411														
B	35533411	11433553														
		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"/>														

Docteur Saïd GZOULI

الدكتور سعيد الخزولي

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

طیب محلف

خبر لدى المحاكم

Chambre des Tribunaux CHANBON Froid.

Casablanca, le : ١٥ - ٠٨ - ٢٠٢٣ الدار البيضاء

الدار البيضاء - المغرب
Casablanca, le : ٢٠١٩

ccp : 1cp à midi

65,-
On Credit 20 \$2,- 65,00

2. Shaped so
by education

NO-DOL FEN 40
CP PELL B30
P.P.V : 30DH00
261878

3. NodolFu 400

150° x 5 19k & 2f +

4. Co-Icard 3000 EXP : 12/2024
PPV : 158,00DH

$10^{18 \times 2}$ (g/l)

5. ~~Electoral~~ & 2845

5
VITA

Pharmacie VITA - SARLAT
TEL: 05 22 90 43 63
FAX: 05 22 90 44 66
pharmacie.vita@wanadoo.fr
462, Bd Graham Roudier
Val Fleuri Manzac

دكتور سعيد العروي

طبيب مولاي العمامي
طبيب مولاي العمامي
طبيب مولاي العمامي

٦٥٠ مائدة ٢٢٩ الآية ١١ الحجـ سـنـنـهـ

~~الحادي عشر ١٩٦٥ مولى الله الهمامي (قرب مصحة~~

العام الدراسي ٢٠١٩-٢٠٢٠ (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا . الحي الحسني . الدارالبيضاء

hami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay H
Tél : 05 22 90 70 88 ; e-mail : drzazac@gmail.com

LOT : 210783
 EXP : 05/2024
 PPV : 158,00DH

كولي-جي

إيزازان-هيدروكلوروبتازيد



مليغ 125 / 300
عن طريق الفم

أقراص ملبيسة

28 x



CO-ICARD® 300mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés



COOPER
PHARMA



LOT : 210783
EXP : 05/2024
PPV : 158,000H

—
—
—

ایران-هیدرولورپیازد



عن طريق الفحص
مبلغ 125 / 300

أقر أخص ملبيسة

28 x 0

CO-ICARD® 300mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés



مدة صباح زوال مساء



COOPER PHARMA

LOT : 210783
EXP : 05/2024
PPV : 158,000H

—
—
—

ایران-هیدرولورپیازد



عن طريق الفحص
مبلغ 125 / 300

أقر أصل ملتبسة

28 x 0

CO-ICARD® 300mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés



مدة صباح زوال مساء



COOPER PHARMA

LOT : 210783
EXP : 05/2024
PPV : 158,000H

—
—
—

ایران-هیدرولورپیازد



عن طريق الفحص
مبلغ 125 / 300

أقر أحسن ملبيسة

28 x 0

CO-ICARD® 300mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés



مَدْنَةٌ صَبَرْجَانٌ زَوْلَ مَسَاءٌ



COOPER PHARMA

Deva

Zivlox 400 mg
7 Comprimés
Deva Pharmaceutique



6 118000 410034

ذيفلوكس

موكسيفلوكساسين 400 ملغ



LOT : M0624
PER : 09/2023
PPU : 195,20DH

مضاد حيوي
عن طريق الفم

7 أقراص ملمسة

مختبرات ديفا للصيدلة
ج. وأحدى صيدلي مسؤول
الطبقة الصناعية بيطاش - الدار البيضاء

ذيفلوكس

أقراص ملمسة 7

موكسيفلوكساسين 400 ملغ
مضاد حيوي
عن طريق الفم

بلمازول®

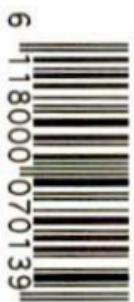
أوميبرازول

20 ملخ



BELMAZOL® 20 mg

28 gélules



28 برشامة
عن طريق الفم

LOT :

EXP :

PPV :

96,00



بلمازول®

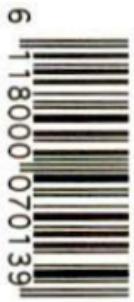
أوميبرازول

20 ملخ



BELMAZOL® 20 mg

28 gélules



28 برشامة
عن طريق الفم

LOT :

EXP :

PPV :

96,00





Agence : CASA VAL FLEURIE (EM)

Opérateur : EM0165

- Pay Cash -
Reçu client



وفاکاش
Wafacash

Date heure : 11/10/2022 17:04:53

N° Reçu : 504350004931

Informations client :

Nom : MEDITEL EFACTURE
Prénom : MEDITEL EFACTURE

Informations Service/Produit:

N° Commande	:	0520525517
Montant commande	:	449,00DH
Frais de collecte	:	0,00DH
Droits de timbre	:	1,12DH
Montant à régler	:	449,00DH

Signature client

Signature et cachet de l'agence WAFAKASH

« Les droits de timbres liés à ce règlement en espèces ne sont pas inclus dans le montant total à régler, ils seront pris en charge par la société Berkeley systèmes (binga.ma) timbre payé sur états, Décision N°329 du 28/12/2012. »

Wafacash VOUS REMERCIE POUR VOTRE CONFIANCE

ش.م. رأسمالها 35.050.000 درهم، المقر الاجتماعي 15 رنقة ابريس الحربي، الدارالبيضاء. الهاتف : 05.22.27.27.55 - الفاكس : 01084028 - س.ت. : 33251001 . البيانات : 60809 - رقم الضريبة : 01084028 - الصيغة الاجتماعية : 2113801
S.A. AU CAPITAL DE 35.050.000 DH - SIEGE SOCIAL 15, RUE DRRISS LAHRIZI, CASABLANCA - TEL : 05.22.27.27.55 - FAX : 05.22.26.01.03 - R.C. : 60809 - I.F. : 01084028 - PATENTE : 33251001 - CNSS : 2113801

وفاکاش على ثقتك