

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

- Reclamation : 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.

AN 2861

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08767

Société :

Actif

Pensionnée

Autre :

Nom & Prénom :

A21 Boujemaa

Date de naissance :

06.03.68

Adresse :

Casablanca 10000
ville verte
Jasmin Oran

Tél. : 0661 217358

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور عبد الكرام شراحيلي
Dr. CHRAIBI Abdellkarim
OTORHINOLARYNGOLOGUE
319, Rue Mostapha ElMaani - Casablanca
Tél: 0522 29 44 29 / 0661 31 20 30

Date de consultation :

19 NOV. 2022

Nom et prénom du malade :

Ben khassis

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

All OR

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 : / /

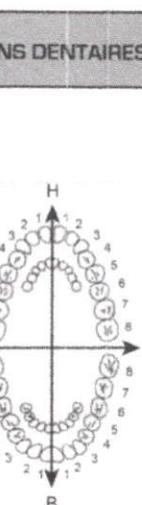
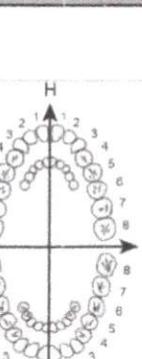
Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL
28 DEC. 2022
H. HAKA

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
29 NOV. 2022	JG		300	INP : 1 عبد الحفيظ شعراوي Dr. CHRAÏBI Abdellatif OTCHIRIOLARYNGOLOGY 319, Rue Mostapha ElMaani - Casablanca Tél: 05 22 29 44 29 / 0661 3

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GREENTOWN Dr. Maria AZENNAR Centre Commercial Casa Green Town Tél: +212 37 70 00 00	29/11/22	373,80

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

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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>												
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>												
					MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>												
					DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>												
					FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>												
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
G																	
					Coefficient DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>												
					MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>												
					DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>												
					DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>												

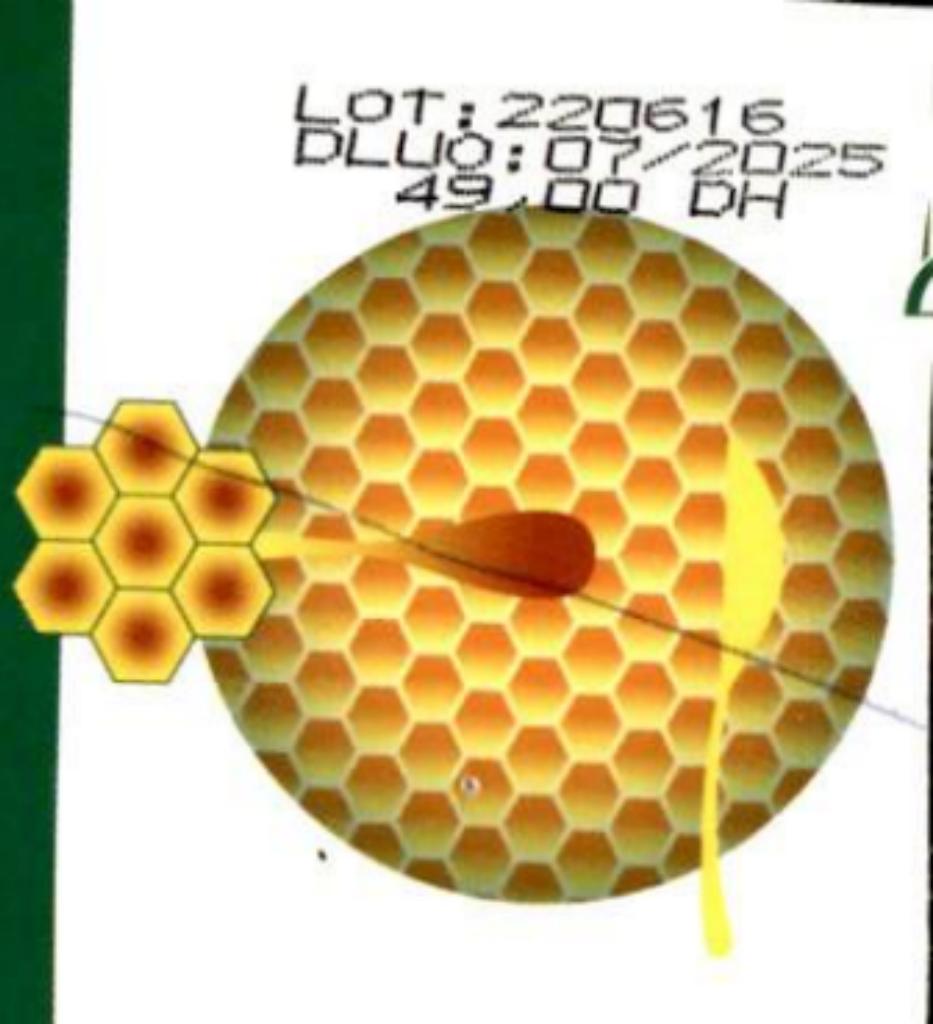
DociVOX

**Sirop naturel,
sans conservateur**

**AUX EXTRAITS DE PROPOLIS
ET DE PLANTES
(THYM-MAUVE-MEZE)**

Goût miel-menthe

- Apaise et dégage les voies respiratoires
- Adoucit la gorge irritée en cas de toux
- Renforce les défenses naturelles



LOT : 220508

EXP : 04/2025

PPV : 82,60DH



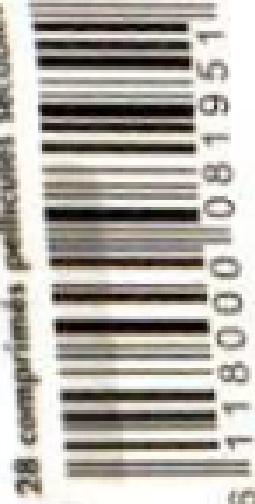
الدواء
سيتريزين



أقراص مغلفة قابلة للكسر
28 x



ALER-Z® 10mg
28 comprimés



COOPER
PHARMA

Avamys

27,5 microgrammes/pulvérisation

Suspension pour pulvérisation nasale

Furoate de fluticasone

France
Laboratoire GlaxoSmithKline

Médicament autorisé n°3400938322446

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV:115,00 DH



9 ID:649664

500 ملغم

إبiprox

سيجروفلوكساسين

LOT : M0616

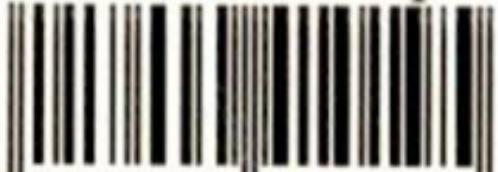
PER : 09/2023

PPU : 92,50DH

Ubiprox 500mg

20 Comprimés

Deva Pharmaceutique



6 118000 410195

مضاد حيوي واسع الطيف
عن طريق الفم

قرص ملبيس 20

مختبرات ديفا للصيدلة
ج. وأجدى صيدلي مسؤول