

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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-785694

Couper

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8495

Société :

RAM 158987

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ESSALHI ABDELAZIZ

Date de naissance :

14 MAIS 1965

Adresse :

TESSALHI 2 Taxisair MAROC CEM

Tél. :

0665238596

Dr. Mohamed LAAMINI Total des frais engagés :
Professeur Ass. Prof. Dr. M. LAAMINI 367,- Dhs

Diplômé du Val de Grâce

et Faculté de Médecine Paris
2, Rue Al Abdari, Av. Hassan II - Rabat
B: 05 37 26 08 29-GSM: 06 66 45 92 52

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

10 FEV. 2023

Autorisation CNUP N° : A-A-215/2019

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

MM HADJI OTSAL

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.

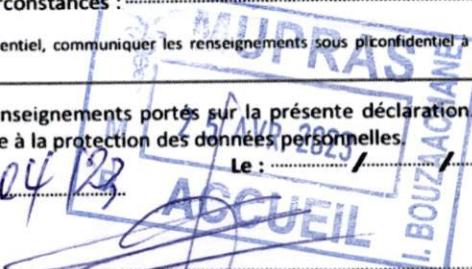
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

08/04/23

Le :

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-785694

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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
10 FEV. 2023	G3		300	 Dr. Mohamed TAAMIM Professeur des maladies pulmonaires et Allergologie Hôpital Saint-Louis Paris 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Moustawsaf Bettana V4 Rue Droukkala - Bettana Tel: 09 31 31 74 49 GSM: 06 44 45 55 16	10.02.23	567.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
		H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21423552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412	21423552	00000000	00000000	D	G	35533411	11433553	B
25533412	21423552													
00000000	00000000													
D	G													
35533411	11433553													
B														
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>									
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

Docteur
Mohamed LAAMIMProfesseur Assistant de
Pneumologie - AllergologieDiplômé de la Faculté de
Médecine de PARIS
Spécialiste des Hôpitaux des Armées
(Val de Grace)أستاذ مساعد في أمراض التنفس
والحساسية والفيروساختصاصي بالاستشفيات العسكرية بفرنسا
خريج كلية الطب بباريس
رئيس ساق بقسم أمراض جهاز التنفس
بالمستشفى العسكري

Date de la consultation :

10 FEV. 2023

Rabat, le:

mm HABIB OUISSAL

225,00

11 FORACORT 400

2 giffes x 2/5



110,00

21 Metamiz 2 poch le matin x 11

LOT: GA10481
PER: 09/2023
PPV: 110 DH 00

95,00

31 Extra mag 1cp le matin x 1mis

41 Aliquatso

1 gélule le soir x 1mis

27x2

51 Lactix 20 1cp le soir x 1mis

66,00

61 Dermonal 1cp 1amp x 2/5 x 5j

17,00

Dr. Mohamed LAAMIM
Professeur Ass. Pneumologie-Allergologie
Diplômé du Val de Grace
et Faculté de Médecine Paris

Radiographie Thoracique

Exploration Fonctionnelle Respiratoire (EFR)

Bronco-Fibro

Tests cutanés allergiques

2, Rue Hassan II - Rabat

Tél.: 05 37 26 08 29 - Urgence : 06 68 45 92 52

B: 05 37 26 08 29

A: 05 37 26 08 29

2, Angle Avenue Hassan II, Rue Al Abdari 1er Etage RABAT (à côté de la Pharmacie des Orangers et BMCI)
Tél.: 05 37 26 08 29 - Urgence : 06 68 45 92 52

extra [®] mang

Date de fabrication :
A consommer de
préférence avant fin :
N° de lot :

PPC = 95,00 DHS

04/2022
04/2025
0222034

V002 – 01/21
ETEXMAC030CP



3 760162 579741

3760162579741

Boîte de 20 gélules

Voie Orale

IBERMA



sulpiride

50 mg

ALIVIAR®

AMM N° : 427/17 DMP/21/NRQ

ALIVIAR® 50 mg
20 Gélules



6 118000 230250

LBT : 09922022
PER : 05/2027
Prix : 27.00 DH

27,00

Boîte de 20 gélules

Voie Orale

IBERMA



sulpiride

50 mg

ALIVIAR®

AMM N° : 427/17 DMP/21/NRQ

ALIVIAR® 50 mg
20 Gélules



6 118000 230250

LBT : 09922022
PER : 05/2027
Prix : 27.00 DH

27,00

ID:651063 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV:17,40 DH
6 118000 161295

EXP 06/2024
Lot 60373

Dermoval 0,05 % CREME

Voie cutanée

NE PAS AVALER - RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - Uniquement sur ordonnance

Dermoval 0,05 %

PROPIONATE DE CLOBETASOL

Tube 10 g

CREME

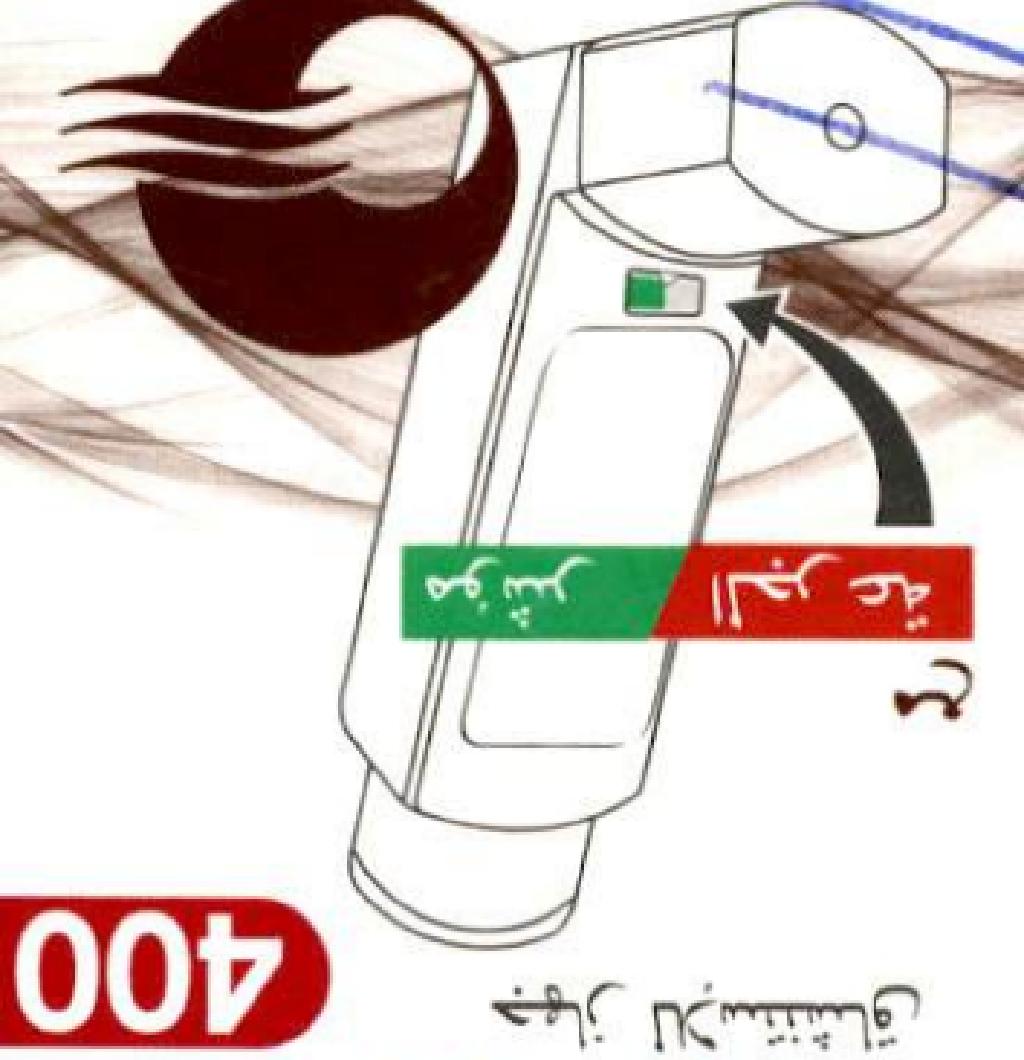
gsk



GTIN: 18901117248899
LOT: 1B10791
EXP: 07/2023
S/N: 91623049974226

PPV: 225 DH 00

CIPILA MAROC



400

جبل طارق جبل طارق

دواء

جبل طارق جبل طارق 6 جبل طارق 6 جبل طارق

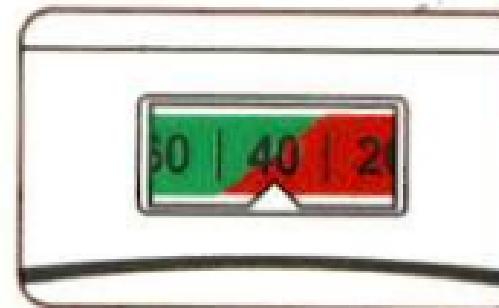
جبل طارق جبل طارق جبل طارق

جبل طارق جبل طارق 120

Indicateur de dose

الجرعة

مؤشر



Maintenant, suivez le nombre de doses (bouffées) restantes

تابع الان عدد الجرعات (النفخات) المتبقية

foracort inhalateur

400

20 comprimés
Voie orale

LABIXTEN® 20 MG Bilastine

LOT : 14521008
PER : 03/2026
PPU : 66,40 DH



IBERMA



FAES FARMA

~~LABIXTEN~~
~~20 MG~~
~~Bilastine~~
~~20 comprimés~~
~~Voie orale~~