

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

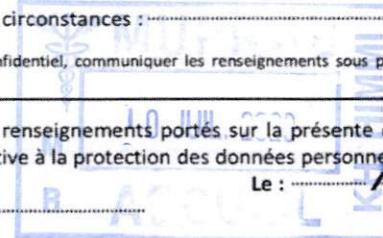


Déclaration de Maladie

Nº W21-799453

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>11386</u>	Société : <u>RAN</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>JAFIR RACIO A67793</u>
Nom & Prénom : <u>JAFIR RACIO</u>			
Date de naissance : <u>16/7/1986</u>			
Adresse : <u>167, Rés KENZA lot ENVASEN.</u>			
Tél. : _____	Total des frais engagés : <u>293.000</u> Dhs		

Autorisation CNDP N : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : _____			
Nom et prénom du malade : <u>Sakia</u> _____ Age : <u>20 ans</u>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>maladie digestive + clavicule</u>			
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) :			
			

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
05/07/2023	5	5	1500 Ft	INP : 11183018 TEUR NAOUA 081183018 Générale Immatriculation : 23 Imm.217 BIS

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MASSAOUADOUDY UAADOUDY HICHAM Tél: 052 80 68 89 Im Lissasfa, Imme 400 Casablanca	05/08/2013	146.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>			
	H				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>		
	25533412	21433552					
	00000000	00000000					
	D	G					
	35533411	11433553					
	B						
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	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"/>	INP : <input type="text"/>		

Docteur Naoual CHERGUITAZI

الدكتورة نوال الشركي التازي

Médecine Générale

Lauréate de la Faculté de Médecine
AL MANAR de TUNIS
Certificat d'échographie Générale
de Faculté de Médecine de Casablanca
E.C.G



الطب العام

خريجة كلية الطب المنار بتونس
حاصلة على شهادة في الفحص بالصدري
كلية الطب - الدار البيضاء
التخطيط القلبي

Casablanca, le :

05/05/2023

الدار البيضاء في:

Ordonnance

Pme Sabrihi. Hhd.

(15)

SB3D + Megadose gr.

1h - 3h MJ

(15)

21.0

et librairie gr.

1m a 2h MJ

PHARMACIE
Dr OUADOU
Tél: 0522.91.52.24
Hay Nassim Rés. Mouna, Imm 217 Bis
projet Yasmine

69.00 + Salmares gr

1h - 3h

(15)

148.30

DOCTEUR NAOUAL CHERGUITAZI
Médecin Général
Hay Nassim, Rés. Mouna, Imm 217 Bis
Appt 116 - Casablanca
Tél : 05 22 91 52 24

حي النسيم، إقامة مونا، عمارنة 217، مكرر الشقة 116 - الدار البيضاء

Hay NASSIM, Résidence Mouna, Imm 217 Bis, Appt 116 - Casablanca

Tél : 05 22 91 52 24 / E-mail : dcherguitazinaoual@gmail.com

Megas

M
Pharmacie



COMPOSITION :

Clidinium bromure (DCI) 2,5 mg
Chlordiazépoxide 5 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé dragéifié
Excipients à effet notoire :
Lactose et saccharose.
Avant toute utilisation, lire attentivement
la notice intérieure.

Librax® 5/2,5 mg



LOT: 22177 PER: 12/2025
PPV: 21,00 DH

efficacité dans les états

neil

LOT: 220769
DLUD: 10/2025
69,00DH

