

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 05452

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZAHIDY Bouabid

Date de naissance : 11.02.1968

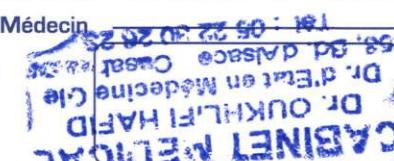
Adresse : Al-Bd Omar Ben HAFID ESC SAPP 20 Casablanca

Tél. : 062630902 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29.08.2012

Nom et prénom du malade : TAHWID ZAHIDI Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : De pression

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 29.08.2012 Casab Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0049712

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
	V		2000	DR. DRAHLI HAFID DOCTEUR EN MEDECINE GENE CACHET DU MEDECIN
Aout 2023				LE 28 AOUT 2023 DR. DRAHLI HAFID DOCTEUR EN MEDECINE GENE CACHET DU MEDECIN

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/02/08 83	196,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

D _____ C

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hafid OUKHLIFT

EX. MEDECIN CHEF DES F.A.R

MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
ET EUROPÉENNE DE CARDIOLOGIE

MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

CERTIFICAT DE LA FEDERATION

INTERNATIONAL DU DIABETE ET DE U.E.M.S.

ECHOGRAPHE

HOLTER TENTIONNEL

ECG

الدكتور حفيظ أوكيلift

طبيب رئيس سابق بالقوات المسلحة الملكية

عضو منتب للجمعية الفرنسية

والأوروبية لأمراض القلب

عضو منتب للجمعية الفرنسة للضغط الشريانى

شهادة من الجامعة الدولية لداء السكري والازhad

الأوروبى للأطباء الأذانيين (ايكوفراقي)

الكشف بالصدى (ايكوفراقي)

هولتير الضغط الدموي

تخطيط القلب

Casablanca, le ٢٩ Aout 2023

855 X 62

HARW q Zawy

٤) ATH YMIل ٣٥٨ س ٦٧٠ ٥٧٨٦
٥٧٨٦ X ٦٧٠ ١٠ - ٥٦٧٠ ٦٧٠ X ٥٧٨٦

١٩٦٦

INP 092050244
Tizi TZAZI Aduana 1
Pharmacie REGIONALE
80, Bd. de la Liberte
Tel. 05 22 30 26 23
Dr. Hafid OUKHLIFT



شارع الأنزاں، الرقم 58، الطابق الثاني، بنجدية، قرب سوق بنجدية • الدار البيضاء • الهاتف : 05 22 30 26 23

58, Bd d'Alsace, 2ème étage, Benjdia près du Marché • Casablanca • Tél.: 05 22 30 26 23

LOT 230363
EXP 02/2026
PPV 98.30DH

6 1118000 080763


ATHYMIL®[®]

Chlorhydrate de miansérine

20 Comprimés pelliculés sécables
Voie Orale

ATHYMIL® 30 mg
Chlorhydrate de miansérine

A conserver à une température ne
dépassant pas 25 °C
Tenir hors de la portée et de la vue
des enfants.

اتيـمـيل 30 ملـعـق

كـلـورـيدـراتـ الـمـيـانـزـيرـينـ

عن طـريقـ الفـمـ
فـبـلاـ تـكـسـرـ

AMM N° 5603
P/21/NRQ
LOT 230363
EXP 02/2026
PPV 98.30DH

Athymil® 30 mg
Comprimés pelliculés
sécables