

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



Déclaration de Maladie

M23- N° 0031750

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9018 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOHABBT MOHAMED

Date de naissance : 04/10/41 Total des frais engagés : 910,00 Dhs

Adresse :

Tél. : 06 66 71 73 72

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection Gastro-entérite

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- N° 0031750

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 : 910,00

Date de dépôt :

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

PHARMACEUTIQUE ORTHOPÉDIE

AVENUE L'3 FAR MOHAMMED
05 23 32 24 16 / INPE: 09 20 40 88

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 16/01/24 | 910,30 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

UDTICUL

* 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 | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

| DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | MONTANTS DES SOINS |
|--|--|--------------------|
| H | 25533412 21433552 00000000 00000000 | |
| D | 00000000 00000000 35533411 11433553 | |
| G | | |
| B | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET D'HEPATO-GASTROENTEROLOGIE

عيادة أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Professeur Driss Jamil
البروفيسور إدريس جميل

Docteur Zineb Jamil
الدكتورة زينب جميل

HEPATO-GASTROENTEROLOGUE
أمراض الكبد والجهاز الهضمي

HEPATO-GASTROENTEROLOGUE
اختصاصية في أمراض الكبد والجهاز الهضمي

16/01/2024

MR MORABBI MOHAMED

384,40

192,20 x 2

SV

- Zeclar 500 mg - comprimé enrobé
1 Comprimé, matin, soir, après les repas, pendant 14 jours

128,120

64,10 x 2

SV

- Aximycine 1g - comprimé dispersible
1 Comprimé, matin, soir, après les repas, pendant 14 jours

130,20

65,10 x 2

SV

- Ultra levure 250 mg - gélule
1 Gélule, matin, midi et soir pendant 14 jours avant repas

120,00

41,00 x 3

SV

- TIDAZ 500mg - comprimé
1 comprimé, matin, soir, après les repas, pendant 14 jours

144,50

144,50 x 1

SV

- Raciper 20 mg - comprimé
1 Comprimé, matin et soir avant repas pendant 14j

T = 910,30

بروفيسور إدريس جميل
أمراض الكبد والجهاز الهضمي
العنوان - الدار البيضاء
الرقم 201
التلفون 0522 94 61 61 / 0522 94 62 62

**PHARMACIE ORTHOPEDIE
DU MAGHREB
M. TAZI YOUNES
AVENUE DU S.A.R MOHAMMED VI
05 23 32 24 16 / INPE: 092040880**

Assistantes : Laila 06 61 86 58 66 | Rajaâ 06 89 44 48 88 | E-mail : secretariatprjamil@gmail.com

201، شارع أنفا، الطابق الثالث (أمام المدرسة الإسبانية خوان رامون وفوق مطعم أحمد شيف) - الدار البيضاء

201, Bd. d'Anfa 3^{ème} étage (en face de l'école Espagnole Juan Ramón et au dessus de Ahmet chef) - Casablanca<https://pratisoft.idrissjamil.safip.com/pratisoft/v/16512/16456/prescription/medicalprescription/10061>

الاتصال : 0522 94 61 61 / 0522 94 62 62 / 0522 94 61 61



Tidaz® 500 mg
comprimés pelliculés - Boîte de 10
6 118000 440420

Tidaz® 500 mg
comprimés pelliculés - Boîte de 10
6 118000 440420

Tidaz® 500 mg
comprimés pelliculés - Boîte de 10
6 118000 440420

ZECLAR 500MG
CP PELL B14
6 118000 0011842

ZECLAR 500MG
CP PELL B14
6 118000 0011842

ULTRA-LEVURE 250 mg,
20 gélules

6 118001 310159

1256 02 2023 02 2026
BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH

ULTRA-LEVURE 250 mg,
20 gélules

6 118001 310159

1256 02 2023 02 2026
BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH

AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles
PPV 64DH10 LOT 2N005 3
EXP 05/2025

AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles
6 118000 031161

AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles
PPV 64DH10 LOT 33049 8
EXP 08/2025

AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles
6 118000 031161