

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

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 : N° P19-0004323

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5575 Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAFI ABDELLATIF Date de naissance : 14-09-59

Adresse : Lotissement EL AZHARI RUE EL 48-001A-

Tél. : 06 20 13 42 23 Total des frais engagés : 564,90 + 200 MAs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20-09-2019

Nom et prénom du malade : BENBAKI RACHID

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA + Sinusite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

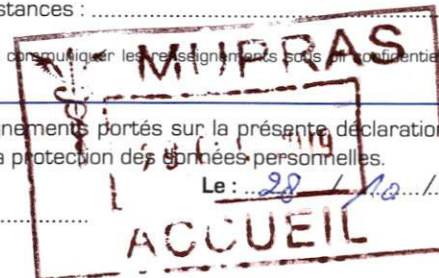
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASABLANCA

Le : 28/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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
			200 DHS	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>LYS PHARMACIE PHARMACIEN Dr. JOUTI JAOUAD 687, angle Bd. Oued Sebou et Rue 150, El Oulfa CASABLANCA Tél: 05 22 90 50 09 - 1999</p>	20/11/19	564,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

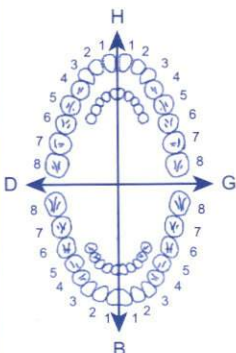
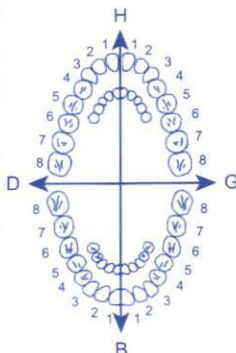
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur HRICHI Rachid

MEDECINE GENERALE

295, Av. Oued Tansift (24, Gpe E)

Cité El Oulfa – CASABLANCA

Tél. : 0527 19 43 96

الدكتور الحريشي رشيد
الطب العام

295، شارع وادي تانسيفت (24، مجموعة ع)

حي الألفة – الدار البيضاء

الهاتف : 0527 19 43 96

Casablanca, le

20/09/2019

295, Av. Oued Tansift (24, Gpe E)

Casa - Tél. : 05 27 19 43 96

20/09/2019

295, Av. Oued Tansift (24, Gpe E)

Casa - Tél. : 05 27 19 43 96

BENBAK

RACHID

55.00

④ Amoxicil 1g

(S.V)

by (Bte 124)

76.00

① Bidantogyl

(S.V)

(Bte)

60.40

③ Divaldo

(S.V)

179.00 1 Suppo

④ VELAXOR LP

(S.V)

14p 1/2

LOT	: 5983
UT. AV	: 02 - 19
P.P.V	: 76 DH 00

الدكتور الحريشي رشيد
Dr. HRICHI Rachid
Médecine Générale
295, Av. Oued Tansift Cité El Oulfa
Casa - Tél. : 05 27 19 43 96

81.00
RIBIO CARD
10 p/s

(S.V)

⑥ 113.50
METHAZARINE 2.5
10 p/s

(S.V)

(1/166)
Soin p/1 mois

الدكتور الحريشي رشيد
Dr. HRICHI Rachid
Médecine Générale
295, Av Oued Tamani Cité El Oudja
Casa - Tel : 05 27 19 43 96

LYS PHARMASARL AU
TAHIRI-JOUTI Jaouad
Pharmacie
Docteur en Oued Sehou
687, angle 150, El Oudja
et Cas A El ANCA
Tel: 05 27 90 50 09 - 1018 05 11 90 38 47

Amoxil

amoxicilline

1g

comprimés dispersibles

Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) 1g

Excipient q.s.p. 1 comprimé

Contient de l'aspartam.

Cet étui contient 12 comprimés dosés à 1g, soit 12g d'amoxicilline.

اموكسيسيلين ١ غ. يحتوي هذا الدواء على الأسيرتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال

Ce médicament peut causer des allergies

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 55,00 DH

LOT: 606694

PER: 07/20



A avaler avec un verre d'eau

يبلع مع كأس من الماء

ou



A mettre préalablement dans un demi-verre d'eau avant ingestion

إذابة القرص في كوب من الماء وحرك الخليط

AMOXIL 1g



12 comprimés dispersibles



6 118000 160038

MEDIZAPIN[®] 2,5 mg

Olanzapine

30 Comprimés pelliculés

CiplaMaroc

LOT : 022
PER : AUT 2021
PPV : 113 DH 50



LP[®] ويلاكسور

فينلافاكسين



0900327
12/2021
179DH00

LOT N° :

EXP :

PPV :

500789 c



30 بر شامة مطبوعة التحرر
عن طريق الفم

Fibrocard® 240 mg

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

LOT 18F29/A 1

EXP 06 2022

PPV 81.00 DH

Voie Orale

30 gélules

FIBROCARD 240 mg
30 gélules



Remboursable AMO

6 118001 070701

