

## 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 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**  
Dos n° 10399.  
N° W19-483224

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : **03461**

Société

**RETRATE RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**MOUSSAHAD LAHCEN**

Date de naissance :

**01 01 54**

Adresse :

**B-PPL 821 SAHARA MAROC**

Tél. : **026 683 01847**

Total des frais engagés :

**633,60 DHS**

Cadre réservé au Médecin

**Dr. SAKALY Abdelhafid  
Médecine Générale  
5 Rue Sakia El Hamra  
Av. Mekka Hay El Idari Laayoun  
0651 74 49 98 / 0528 98 28 14**

Cachet du médecin :

Date de consultation :

**28/10/2018**

Nom et prénom du malade :

**Salwa Moulay**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Rhinite Allergique**

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **/ /**

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-483224

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).

<b>MUPRAS</b>	<b>28 Nov. 2018</b>
Matricule	<b>03461</b>
Nom de l'adhérent(e)	<b>RETRATE RAM</b>
Total des frais engagés :	<b>633,60 DHS</b>
Date de dépôt	<b>ACCUEIL</b>

## **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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien et du Formulseur	Date	Montant de la Facture
 <b>INPE1823001464</b>	28/10/99	433,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cache et signature du Patient	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
Dr. SAIKALY Medecine Generale 5 Rue Sakkakini El Hamra Mekka Hay El Béchar 66114 49 98 / 0528 99 26 26	28/10/19				209.00

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433582
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

A circular diagram showing the numbers 1 through 16 arranged in a circle around a central point labeled H. The numbers are positioned such that they form a pattern: 1, 2, 1, 1, 2, 3, 4, 6, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16. A vertical line passes through the center H, with arrows at both ends pointing left, labeled D. A horizontal line also passes through the center H, with arrows at both ends pointing right, labeled G.

#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la progression

B 		DATE DE L'EXECUTION 
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>		

Dr SAKALY Abdelhafid

Médecine générale

Ex. Médecin du Travail Phosboucraa

D.U en Echographie

5, Rue Sakia El Hamra X Av. Mekka

Hay El Idari - Laâyoune

Tél. : 05 28 98 28 14 - 06 61 14 49 98



الدكتور عبد الحفيظ الصقلي

الطب العام

طبيب سبق بالمكتب الشريف للفوسفاط

دبلوم جامعي الفحص بالصدى

5 زنقة الساقية الحمراء ملتقى شارع مكة

الحي الإداري العيون

الهاتف : 05 28 98 28 14 - 06 61 14 49 98

Laâyoune le : 2 A OCT 2019 العيون في :

TOUJHAD SALWA

~~28 6 16~~

1) Primadan 5 mg

~~171.60~~

1cp l/j le matin post 03 mls

~~10.00~~

2) Ret-Hova 2 pell masab

~~2.00~~

1 app l/Mj x 03 mls

~~42.00~~

3) Ercodan 20 mg

1cp l/j le matin aps

~~13.60~~

Dr. SAKALY Abdelhafid

Médecine Générale

5 Rue Sakia El Hamra

Hay El Idari Laâyoune

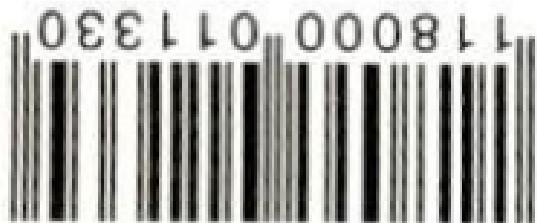
AV. Mekka 0661 14 49 98 / 0528 98 28 14

INPE 023001464

Biologiste Laâyoune



6



14 comprimés  
sécables

Pimalau® 5 mg

Rachid LAMINI, Pharmacien Responsable

Casablanca - Maroc

Km 7, Route de Rabat, Ain Sebaâ

maphar

PIERRE FABRE MEDICAMENT

للمزيد من المعلومات  
الرجاء الاتصال بـ

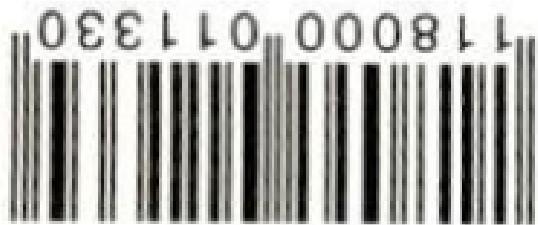
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
اجعل جسمك يحصل على ما ي Enough

جافلوكا

پیملاو® ۵ مگ

28,60

6



14 comprimés  
sécables

Pimalau® 5 mg

Rachid LAMINI, Pharmacien Responsable

Casablanca - Maroc

Km 7, Route de Rabat, Ain Sebaâ

maphar

PIERRE FABRE MEDICAMENT

للمزيد من المعلومات  
الرجاء الاتصال بـ

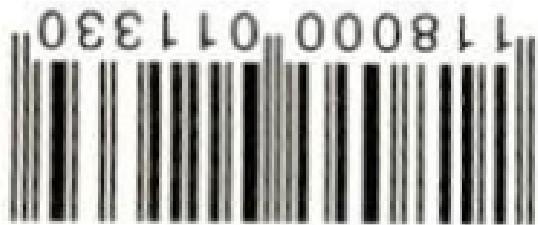
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
اجعل جسمك يحصل على ما ي Enough

جافلوكا

پیملاو® ۵ مگ

28,60

6



14 comprimés  
sécables

Pimalau® 5 mg

Rachid LAMINI, Pharmacien Responsable

Casablanca - Maroc

Km 7, Route de Rabat, Ain Sebaâ

maphar

PIERRE FABRE MEDICAMENT

للمزيد من المعلومات  
الرجاء الاتصال بـ

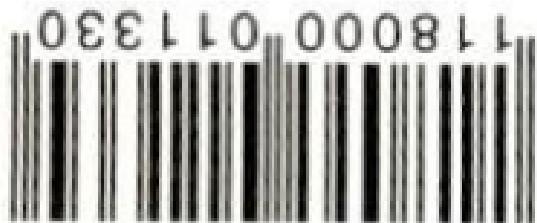
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
اجعل جسمك يحصل على ما ي Enough

جافلوكا

پیملاو® ۵ مگ

28,60

6



14 comprimés  
sécables

Pimalau® 5 mg

Rachid LAMINI, Pharmacien Responsable

Casablanca - Maroc

Km 7, Route de Rabat, Ain Sebaâ

maphar

PIERRE FABRE MEDICAMENT

للمزيد من المعلومات  
الرجاء الاتصال بـ

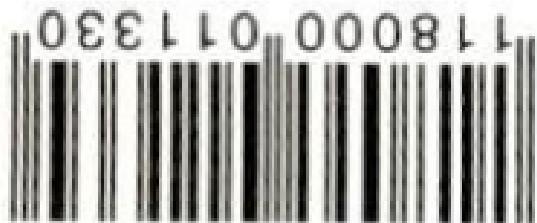
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
اجعل جسمك يحصل على ما ي Enough

جافلوكا

پیملاو® ۵ مگ

28,60

6



14 comprimés  
sécables

Pimalau® 5 mg

Rachid LAMINI, Pharmacien Responsable

Casablanca - Maroc

Km 7, Route de Rabat, Ain Sebaâ

maphar

PIERRE FABRE MEDICAMENT

للمزيد من المعلومات  
الرجاء الاتصال بـ

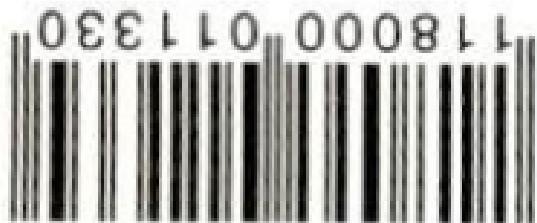
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
اجعل جسمك يحصل على ما ي Enough

جافلوكا

پیملاو® ۵ مگ

28,60

6



14 comprimés  
sécables

Pimalau® 5 mg

Rachid LAMINI, Pharmacien Responsable

Casablanca - Maroc

Km 7, Route de Rabat, Ain Sebaâ

maphar

PIERRE FABRE MEDICAMENT

للمزيد من المعلومات  
الرجاء الاتصال بـ

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
اجعل جسمك يحصل على ما ي Enough

جافلوكا

پیملاو® ۵ مگ

28,60

# PREDNI 20

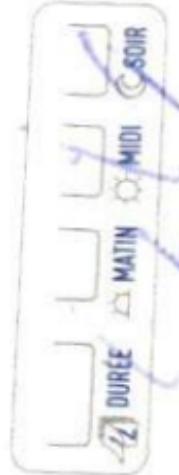
Cooper — Prednisolone

20 mg

Voie orale

Comprimés  
sécables  
effervescents

20 x



**COOPER**

41, Rue Mad-Douci 20110 Casablanca  
Amina DAOUII Pharmacien Responsable

**Cipla**  
Etiquette

LOT: GA90423  
PÉR: 03/2024  
PPV: 110DH00

# METANAZ®

Mométasone

Furoate

0 µg  
e nasale

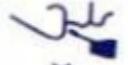
LOT N°:

UT. AV:

PPV:

142,00

Suspension  
pour  
pulvérisation  
nasale



SOIR

QJ

Etiquette

**Cipla Maroc**