

**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 canaux, 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 canaux.

**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**

- Reclamation : 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-582747

48899

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8140 Société : R. A. M

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : EL ALAMA MOU N'IR

Date de naissance : 15-06-70

Adresse : Residence Le CLUB, Rte Mly Thami n°35, Casa

Tél. : 06.67.27.57.44 Total des frais engagés : 574 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25 NOV 2020

Nom et prénom du malade : CHARAF Fatma Age: EL AKKARI

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

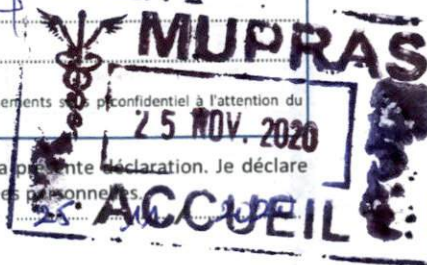
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels 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 : CASA Le 25 NOV 2020

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

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10 M 2025	274.00

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	

**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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>				
DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>				
FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>				

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient DES TRAVAUX									
	<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412 / 00000000</td> <td>21433552 / 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr> <td>00000000 / 35533411</td> <td>00000000 / 11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412 / 00000000	21433552 / 00000000	G		00000000 / 35533411	00000000 / 11433553	B
H												
25533412 / 00000000	21433552 / 00000000											
G												
00000000 / 35533411	00000000 / 11433553											
B												
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												
		MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>									
		DATE DU DEVIS	<input type="text"/>									
		DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف

خبير لدى المحاكم

CLARAF Fatuma Zakia

Casablanca, le : 10 NOV 2000 : الدار البيضاء, في :

1. 170000 Offi Ken 200

6716

2. 42000 Redmi 20

3. 7950 Kharak

4. 8218 Kharak 20

374.00

PHARMACIE POLYCLINIQUE  
Dr. TIR Abdelaziz  
60, Route Moulay Thami Hay Hassani  
Tél: 0522 90 21 67 Casa

TRIES LIMITED  
Monta Sahib,  
Uttar Pradesh, Inde

PPV: 82DH10

OROCO LLC  
Casablanca

CODE No.: HP/DRUGS/MNB/95/2

(قرب مستشفى الحي الحسن)  
مازولا - الحي الحسن - الدار البيضاء  
الهاتف: 05 22 90 70 88

60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 : الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com

مُكوّن من  
مستخلصات  
طبيعية

200 مل

**MEDIPRO**  
PHARMA



Lot : 200038  
À consommer  
avant le : 02/2023

PPC : 79,90 DH



# PREDNI<sup>®</sup>20

Cooper — Prednisolone

20 mg

Voie orale  
Oral route

Comprimés effervescents sécables / Scored effervescent tablets

20 x



**COUPER**  
PHARMA

41, Rue Mohamed Diouri 20110  
Casablanca, Maroc / Morocco  
Pharmacien responsable : Amina DAUDI  
41, زقة محمد الديوري 20110 الدار البيضاء المغرب  
صيداني مسؤول : أمينة الداوي

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

42,000

2019621

# fiken<sup>®</sup>

Céfixime

# 200 mg



16

Comprimés pelliculés  
Voie orale

LOT 201962 1

EXP 08 22

PPV 170.00 DH



سوطينما  
sothema