

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.

Biologie 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° M21- 0060033

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3100 Société : N° 76032

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BATASSA LAACHIR

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

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 :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux
	H	
	D	G

Montant des soins	Date du devis	Fin de

VOLET ADHERENT	NOM: <u>LAYACH BATASSA</u>	Mle
DECLARATION N°	W18-383584	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle



W18-383584

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mle
Nom & Prénom <u>BATASSA LAYACH</u>	
Fonction :	Phones <u>06 55 15 50 20</u>
Mail <u>BLOSCALIA@MAIL.COM</u>	

MEDECIN	Prénom du patient <u>BATASSA LAYACH</u>
Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐	Age
Nature de la maladie	Date <u>01/06/2011</u>
	Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
<u>Brûlure</u>		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
		<u>13900</u>

PHARMACIE	Date <u>01/06/2011</u>
Montant de la facture	
<u>1143,90</u>	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX	Date :
Nombre	Montant détaillé des Honoraires
AM PC IM IV	

Dr. Mohammed Jawad OUHAMMOUCH

Ex. Medecine Des FAR
Ex. Medecine Chef De La CS De Hay Hassani Berrechid
Ex. Responsable de La Commission De La Visite
Pour Permis De Conduire Délégation EL FIDA

د. محمد جواد أوحموش

طبيب بالقوات المسلحة الملكية سابقا
لطبيب الرئيسي للدائرة الصحية الحي الحسيني برشيد سابقا
الطبيب المكلف باللجنة الطبية
لنخ رخصة السياقة بعمالة الغداء سابقا

Medecine Generale

الطب العام

urgence : 06.20.06.75.19

Casablanca: 01.26.22 الدار البيضاء في:

NOM: Belkacem LAJAL

1263
(1) Augmenter la dose de 55

186.5
(2) 5.5L 10-14h x 45 N=2

42 حبوب
(3) L'ordonnance de 5.5L 10-14h x 45 N=2

453 x 12
(4) Venir à la consultation 10-14h x 45

2000
(5) 1143,90

العنوان : بلوك العناني زنقة 32 الرقم 31 - الحي المحمدي - البيضاء الهاتف : 05.22.63.72.77

Adresse: Bloc El Inani Rue 32 N° 31 Hay Mohammadi - Casablanca Tél: 05.22.63.72.77

Cipla Maroc

LOT: GB90274
PER: 10/2021
EMG

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Achuda
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

Maiou
Ain El Aouda
Région de Raba

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

VENTOLINE 100 mcg
Aerosol 200 doses
PV 45,30 DH

GlaxoSmithKline
Ain El Aouda
Maroc
Région de Rabat

Ci
Etiquette

LOT: GB01601
PER: 09/2023
PPV: 185 DH00

VENTOLINE 100 mcg
Aerosol 200 doses
PPV 45.30 DH

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

.xSmithKline
 Maroc
 Ain El Aouda
 Avenue de Rabat

VENTOLINE 100 mc
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

GiaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg
Aerosol 200 doses
PPV 45.30 DH

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45.30 DH

محمّد بن عبد الله بن محمد بن عبد الله

LOT N°:
UT. AV:
PPV:

00 7 v

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

PPV:20DH00
PER:03/23
LOT:J828

PPV: 126,300 MH

AMOXICILINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN 1g
sachets

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des
repas, pendant jours.
Lire attentivement la notice avant emploi.

١- جرّدي في اليوم تناول من المضغ قبل الاكل، حذراً

Uniquement sur ordonnance
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES