

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.

Diagnostique 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

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- 0004770

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1397 Société : Rmm

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 0

Nom & Prénom : Mme Najia KSM

Date de naissance : 15-07-57

Adresse : 83, Rue Moussine ben Nmaier

Tél. : 0661623107

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/08/2021

Nom et prénom du malade : TAHIRE NAJIA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Epigastalgies

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) :

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

30/12/21

30.000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

30/12/21

346,20

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

A M

P C

I M

I V

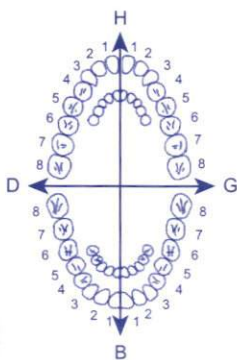
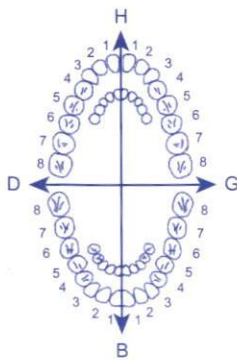
Montant détaillé
des Honoraires

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le 30/12/2021 في الدار البيضاء

PHARMACIE AIDA
Mme. BENOUNA BENZAKOU Hayat
196, Bd Zerktouni, Casablanca
Tél.: 05 22 28 32 53 - Fax: 05 22 28 36 61
ICE : 001754606000055

TAHRI NAJIA

Libex cp (S.V.)

1 cp x 2 (1-2)

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou el asoum roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boite 14
641/NSDMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou el asoum roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boite 14
641/NSDMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH
6 118001 020607

Libex 40 mg x 2 (x2)

T=346,20

1 شارع محمد البقالي تجزئة جوهرة جزء D الطابق الثاني، رقم 9 سيدي مومن - الدار البيضاء

1, Boulevard. Mohamed Bekkali, Lot. JAWHARA, 2^{ème} étage N° 9 (au dessus de BIM) - Sidi Moumen - Casablanca

E-mail : drmechale@gmail.com البريد الإلكتروني Tél : 05 22 70 71 12 : الهاتف

Meda

COMPOSITION :

Clidinium bromure (DCI) 2,5 mg

Chlordiazépoxide 5 mg

Excipients q.s.p 1 comprimé dragéifié

Excipients à effet notoire :

Lactose et saccharose.

Avant toute utilisation, lire attentivement

la notice intérieure.

Librax® 5 / 2,5 mg



30 comprimés dragéifiés



6 118000 280019

LOT:21124 PER:04/2024
PPV:21,00 DH

Fabriqué sous licence **Meda**
par les laboratoires **Steripharma**
Z.I Lina N° 347 Sidi Maârouf - Casablanca
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

Librax®

Chlordiazépoxide
+Bromure de Clidinium

5 / 2,5 mg

30 comprimés dragéifiés

MELIMAG[®] B6

CONSEILS D'UTILISATION :

1 gélule matin et soir

Pour plus d'informations, consulter la notice à l'intérieur de la boîte

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Ne pas laisser à la portée des enfants

A conserver à l'abri de la lumière et de l'humidité

MELIMAG B6

P.P.C : 78 DH

Ut av: 04/23 Lot: MM20

BIOXPRT

LES LABORATOIRES
BIOXPRT
Maroc

LES LABORATOIRES
BIOXPRT
PRO