

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 : N° P19- 0014625

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2270 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAAD Mohammed Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : SAAD Mohamed 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'aide du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration, d'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0014625

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).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 travaux											
				Montant des soins											
				Début d'exécution											
				Fin d'exécution											
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D 00000000	35533411	00000000	11433553	Montant des soins
	H		G												
	25533412	00000000	21433552	00000000											
D 00000000	35533411	00000000	11433553												
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis													
		Fin d'exécution													



P 14/ 28644

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Me 2270															
Nom & Prénom SAAI MOHAMMED																		
Fonction Reçu		Phones 0522915125																
Mail																		
MEDECIN		Prénom du patient N. Saad Mohammed																
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age 21/01/1954		Date 8/04/19														
Nature de la maladie		Date 1ère visite																
troubles de l'humeur																		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nature des actes</th> <th>Nbre de Coefficient</th> <th>Montant détaillé des honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C</td> <td>1</td> <td>350 DH</td> </tr> </tbody> </table>					Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	C	1	350 DH								
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires																
C	1	350 DH																
PHARMACIE		Date 08/04/19																
Montant de la facture		1277,40																
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date																
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires																
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV								
Nombre				Montant détaillé des Honoraires														
AM	PC	IM	IV															

Dr. Sanaa MAFTOUH
Psychologue / Psychologue
Psychogénétique
Tél.: 07 07 23 78 05

PHARMACIE AL OUARD
Docteur CHALAK Haj Nessar
35 Av. Oued el Sebou - El Oued
CASA BLANCA 58 45
Tél / Fax: 05 22 90 58 45
00157145000007



الدكتورة سناء مفتوح
إختصاصية في الأمراض النفسية
والعصاة

6 8/04/13

• N^v Saad Nohammed

1/ Amfrol 711

93, 25



PHARMACIE AL OUAÏD
S. CHALAK HAJ NASSAR
Docteur en Pharmacie
55 Av. Oued Sebou - El Ouaïd
Tel / Fax : 05 22 90 53 45
CASABLANCA
ICE : 09154130000057

2/ Tegretol 400 CR

$$\begin{array}{r} 9590 \\ \times 6 \\ \hline \end{array}$$

1-07

3/Termoste 2 p

۹۳، ۵۵
x 5

7-22

Dr. Sanaa MAFTOUH
Psychiatre - Addictologue
Psychogériatre
Tél.: 07 07 23 78 05

4/8 tilmax 12.5 CR

۱۹۲، ص

De 2 wben

True mod

Tél.: 06 60 23 78 05 / 07 07 23 78 05 - Email: sanaa.maftouh@hotmail.com

Angle route d'Azemmour et Boulevard Sidi Abderrahmane, Porte B, 3^{ème} étage, N° 3 - Casablanca

1277.40

23,00

Témesta® 1 mg

Lorazepam

احفظوا الجرعات الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

A conserver à une température
inférieure à 25°C.
يحفظ في درجة حرارة تقل عن 25 درجة مئوية.



50 comprimés sécables
Témesta® 1 mg



Témesta® 1 mg

Lorazepam

احفظوا الجرعات الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

A conserver à une température
inférieure à 25°C.
يحفظ في درجة حرارة تقل عن 25 درجة مئوية.



50 comprimés sécables
Témesta® 1 mg



يستا® 1 ملغ

بنام
مس قابل للكسر
بق الفم

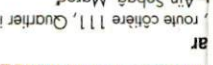
احفظوا الجرعات الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

A conserver à une température
inférieure à 25°C.
يحفظ في درجة حرارة تقل عن 25 درجة مئوية.



50 comprimés sécables
Témesta® 1 mg



Ateliers WYETH FRANCE
21
Ain Sebaa, Maroc
route côtière 111, Quartier Industriel,
LAMARINI, Pharmacie Responsabilité

23,00

Témesta® 1 mg

Lorazepam

احفظوا الجرعات الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

A conserver à une température
inférieure à 25°C.
يحفظ في درجة حرارة تقل عن 25 درجة مئوية.



50 comprimés sécables
Témesta® 1 mg



23,00

Témesta® 1 mg

Lorazepam

احفظوا الجرعات الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

A conserver à une température
inférieure à 25°C.
يحفظ في درجة حرارة تقل عن 25 درجة مئوية.



50 comprimés sécables
Témesta® 1 mg



SPECTEN LES DOSES PRES
II - Uniquement sur ordo
de la portée, et de la vue

6 118001 030347
○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé
pelliculé sécable
PPV : 95.90 DH

6 118001 030347
○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé
pelliculé sécable
PPV : 95.90 DH

6 118001 030347
○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé
pelliculé sécable
PPV : 95.90 DH

6 118001 030347
○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé
pelliculé sécable
PPV : 95.90 DH

6 118001 030347
○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé
pelliculé sécable
PPV : 95.90 DH

6 118001 030347
○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé
pelliculé sécable
PPV : 95.90 DH

95,90 X 5

Tégretol®
30 comprim



6 118001 03007 1

○ Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I - Uniquement sur ordonnance.
Ne pas laisser à la portée des enfants.

07 2023
TU633

Date lim. ut.:
N° lot fab.:



6 118001 03007 1

○ Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I - Uniquement sur ordonnance.
Ne pas laisser à la portée des enfants.

07 2023
TU633

Date lim. ut.:
N° lot fab.:



6 118001 03007 1

○ Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I - Uniquement sur ordonnance.
Ne pas laisser à la portée des enfants.

07 2023
TU633

Date lim. ut.:
N° lot fab.:



6 118001 03007 1

○ Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I - Uniquement sur ordonnance.
Ne pas laisser à la portée des enfants.

07 2023
TU633

Date lim. ut.:
N° lot fab.:



6 118001 03007 1

○ Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I - Uniquement sur ordonnance.
Ne pas laisser à la portée des enfants.

07 2023
TU633

Date lim. ut.:
N° lot fab.: