

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 canalaire, 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 canalaire.

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'adhérent.

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

Fait à :

Le : /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient													
					<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Coefficient des travaux</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Montant des soins</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Début d'exécution</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Fin d'exécution</div>												
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Coefficient des travaux</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Montant des soins</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Date du devis</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Fin d'exécution</div>												
		H		G	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">D</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">H 21433552 00000000</td> <td style="width: 50%;">G</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	D	25533412 00000000	H 21433552 00000000	G		00000000	00000000			35533411	11433553	
D	25533412 00000000	H 21433552 00000000	G														
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															



P 14 / 28644

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mie 2270												
Nom & Prénom		SAAD NABHAMED												
Fonction		Retraité	Phones 0522 915125											
Mail														
MEDECIN	Prénom du patient N° Saad Nabhem													
<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	Age 01/01/1954 Date 8/10/19											
Nature de la maladie		troubles de l'humeur												
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Nature des actes</td> <td>Nbre de Coefficient</td> <td>Montant détaillé des honoraires</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>1</td> <td>330 Dhs</td> </tr> </table>				Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	C	1	330 Dhs					
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires												
C	1	330 Dhs												
PHARMACIE	Date 08/10/19													
Montant de la facture 1277,60														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">ANALYSES - RADIGRAPHIES</td> <td>Date</td> </tr> <tr> <td>Désignation des Coefficients</td> <td colspan="2">Montant détaillé des Honoraires</td> </tr> <tr> <td>11119</td> <td colspan="2">11119</td> </tr> </table>				ANALYSES - RADIGRAPHIES		Date	Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		11119	11119			
ANALYSES - RADIGRAPHIES		Date												
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires													
11119	11119													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">AUXILIAIRES MEDICAUX</td> <td>Date</td> </tr> <tr> <td>Nombre</td> <td colspan="2">Montant détaillé des Honoraires</td> </tr> <tr> <td>AM</td> <td>PC</td> <td>IM</td> <td>IV</td> <td></td> </tr> </table>				AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	Nombre	Montant détaillé des Honoraires		AM	PC	IM	IV	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date												
Nombre	Montant détaillé des Honoraires													
AM	PC	IM	IV											

Dr. Sanaa MAFTOUH
Psychiatre / Addictologue
Psychogériatre
Tél.: 07 07 23 18 05

PHARMACIE AL OUARD
S. CHALAK / Haj Nassar
Docteur El Ouardi Pharmacie
Av. Oued Sbou El Ouardi
Tel / Fax 05 22 90 56 45
ICE: 035/145000303

Dr. Sanaa MAFTOUH
PSYCHIATRE - PSYCHOTHÉRAPEUTE
ADDICTOLOGUE - SEXOLOGUE
PSYCHOGÉRIATRE



الدكتورة سنا مفتوح
إختصاصية في الأمراض النفسية
والعصبية

le 8/04/13

N'Saad Nohommed

1/ Anafexal 75 CR
93,00
x5
1 - 0 - 0

PHARMACIE AL OUARD
S. CHALAK Haj Nossar
Docteur en pharmacie
55 AV. Oued sbaoui - El Oulejia
Tel / Fax : 05 22 90 53 45
CASABLANCA
(05) 22 90 53 45 / 05 22 90 53 46

2/ Tegretol 400 CR
95,90
x6
1 - 0 - 7

3/ Teneste 1 g
23,00
x5
1 - 0 - 2

~~Dr. Sanaa MAFTOUH~~
~~Pédiatre - Addictologue~~
~~Psychothérapeute~~
~~Tél. : 07 07 23 78 05~~

4/ 8fimex 12.5 CR
192,00
x2
0 - 0 - 1 nben

~~Très mal~~

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



Temesta® 1 mg
50 comprimés sécables



25 °C. Infréquence à 25°C.
A conserver à une température
inférieure à 25°C.

DOCUMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

ESPECER LES DOSES PRESCRIPTIONS



Temesta® 1 mg
50 comprimés sécables



25 °C. Infréquence à 25°C.
CONSERVER À UNE TEMPÉRATURE
INFÉRIEURE À 25°C.
PER.: 08/2020

656110 00800011 9
TEMESTA 1 MG B50
SEC CP P.D. 00H023: V.P.D.
PER.: 08/2020

ATOIRES WYETH FRANCE



25 °C. Infréquence à 25°C.
CONSERVER À UNE TEMPÉRATURE
INFÉRIEURE À 25°C.
PER.: 08/2020

656110 00800011 9
TEMESTA 1 MG B50
SEC CP P.D. 00H023: V.P.D.
PER.: 08/2020

25 °C. Infréquence à 25°C.
CONSERVER À UNE TEMPÉRATURE
INFÉRIEURE À 25°C.
PER.: 08/2020

656110 00800011 9
TEMESTA 1 MG B50
SEC CP P.D. 00H023: V.P.D.
PER.: 08/2020

25 °C. Infréquence à 25°C.
CONSERVER À UNE TEMPÉRATURE
INFÉRIEURE À 25°C.
PER.: 08/2020

656110 00800011 9
TEMESTA 1 MG B50
SEC CP P.D. 00H023: V.P.D.
PER.: 08/2020

Temesta® 1 mg
razépam

23,00

Temesta® 1 mg
razépam

يستا® ١ ملغ
بام
من قابل للكسر
بق الفم

Temesta® 1 mg
razépam

23,00

Temesta® 1 mg
razépam

23,00

Temesta® 1 mg
50 comprimés sécables



25 °C. Infréquence à 25°C.
A conserver à une température
inférieure à 25°C.

DOCUMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

ESPECER LES DOSES PRESCRIPTIONS



6 118001 030347

○ TEGRETOL® CR 400 mg

Comprimé
pelliculé sécable

PPV : 95.90 DH

SPECTER LES DOSES PRESSES

Il - Uniquement sur ordon-
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

95,90 X 5

Tégrétol®
30 comprim

TU633
07 2023

N° lot/lot :
Date lim. ut. :
07 2023

TU633
07 2023

TU633
07 2023

N° lot/lot :
Date lim. ut. :

TU633
07 2023

N° lot/lot :

TU633
07 2023

N° lot/lot :
Date lim. ut. :

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.
Ne pas laisser à la portée des enfants.

SPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I - Uniquement sur ordon-
nance.
Ne pas laisser à la portée des en-

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I - Uniquement sur ordon-
nance.
Ne pas laisser à la portée des en-

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I - Uniquement sur ordon-
nance.
Ne pas laisser à la portée des en-

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I - Uniquement sur ordon-
nance.
Ne pas laisser à la portée des en-



6 118001 03007 1
○ Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH



6 118001 03007 1
○ Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH



6 118001 03007 1
○ Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH



6 118001 03007 1
○ Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH



6 118001 03007 1
○ Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH