

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.

Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com
Prendre 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° P19-0029336

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7663 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : J. Ben Nasse

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 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 : 01 / 09 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des Montant des soins

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux
	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	

--	--

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W18-351429	
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			



W18-351429

DATE DE DEPOT

03/07/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 7669
Nom & Prénom <u>BENTLOUSSA Jamal</u>		
Fonction : <u>Retraite</u>	Phones	
Mail		

MEDECIN	Prénom du patient
Adhèrent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Date <u>03.07.19</u>	
Nature de la maladie	Date 1ère visite
<u>Maladie Respiratoire</u>	

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>CS</u>		<u>300 DH</u>

PHARMACIE	Date <u>03/07/19</u>
Montant de la facture	<u>696,10</u>

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

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

Dr. GADDAW WASSIL
 Pneumologue
 1, Rue Lyautey, 20000
 Quartier Des Palmiers
 Tél: 0522 61 83 65
 Casablanca

Dr. GADDAR Wassil

PNEUMOLOGUE

Asthme - Allergies
Pathologie du Sommeil
Arrêt du Tabac
Spirométrie - Bronchoscopie
Tests Cutanés
Maladies professionnelles



الدكتور غدار واصل

اختصاصي في امراض الجهاز التنفسي

الضيق - الحساسية
أمراض النوم - الإقلاع عن التدخين
الفحص بالمنظار - فحص وظائف الرئة
اختبار الحساسية
الأمراض المهنية

Casablanca le : 03/07/19

M. JAMAL BEN MOUSSA

126,30 x 2

A'S

1- Augment 1g

17440 1 sachet x 3/j vdt 7j

2- DeFlazacort 30

A'S

7950 2cp/j vdt 5j

3- Fitoprelis adulte

A'S

11504 Ca 5x 3/j vdt 5j

4- AVa myo

A'S

2 pulv / N / j vdt 1 mois

puis 1 pulv / N / j vdt 2 mois

رقم 11، زنقة أبو الحسن العسكري (الافوازيي سابقا) الطابق 5 (مصعد ملووفر) الشقة 12 حي المستشفيات - الدار البيضاء.

11, Rue Abou Hassan Askari (ex - Lavoisier) 5^{ème} Etage (avec ascenseur), appart. 12, quartier des hôpitaux - Casablanca.

Urgence 06 77 20 20 24 05 22 860 444 drgaddar@gmail.com

ICE: 002023220000065

PHARMACIE DU GARREFOUR
Dr S. BENALOU SEKKAT
271, Bd Ibn Tachfine
Casablanca
Tél: 0522 61 83 65

74.60
5- E/ln 5mg ✓
re p/j ✓

1 mois



69670

7

DR. GAUDIN R. Wassil
Pneumologue
11, Rue Loydier, Appt 12
etg 5 Quartier Des hôpitaux
Tél: 0522 860 444

PHARMACIE DU CARREFOUR
Dr S. BENACH SEKKAT
271, Bd Ibn Tachfine
Casablanca
Tél.: 0522 61 83 65

Uniquement sur ordonnance
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 126,30 DH
LOT: 606699
PER: 08/20

LOT: 606699
PPV: 126,30 DH
PER: 08/20

AUGMENTIN 1g/125 mg
sachets

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des
repas, pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

...كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال...يوم

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 126,30 DH
LOT: 606699
PER: 08/20

PPV
LOT
PER
74,60

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 115,00 DH
ID: 526403
118001 42262



8 435100 844353

Contenu net: 150 ml

Lot:

A consommer

de préférence avant le: 101215
2-2021

PPC: 79,50 DH

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance

...-ment soumis à prescription médicale