

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.

Éducation :

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
Mise 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.

S : 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° P19-0033367

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2270 Société : RAR

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : SAAD Nohani

Date de naissance : 01-01-1954

Adresse : Rue El Mehdi 15 - N°151 OULFA

Tél. : 0522 915125 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/01/19

Nom et prénom du malade : SAAD Nohani Age :

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

Nature de la maladie :

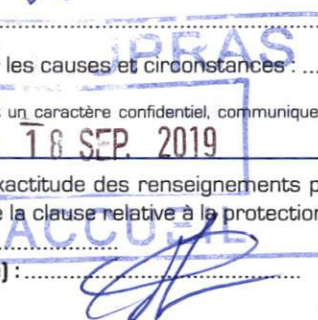
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



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 travaux <input type="text"/>
			Montant des soins <input type="text"/>
			Début d'exécution <input type="text"/>
			Fin d'exécution <input type="text"/>
			Coefficient des travaux <input type="text"/>
			Montant des soins <input type="text"/>
			Date du devis <input type="text"/>
			Fin d'exécution <input type="text"/>

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

VOLET ADHERENT	NOM : <u>SAAD</u>	Mle <u>2270</u>
DECLARATION N° <u>P 14/0028644</u>		
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		



P 14/ 28644

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>2270</u>
Nom & Prénom <u>SAAD MOHAMMED</u>		
Fonction <u>Reboute</u>		Phones <u>0522 915125</u>
Mail <input type="text"/>		
MEDECIN	Prénom du patient <input type="text"/>	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>41-01-54</u>	Date <u>14/08/2015</u>
Nature de la maladie <input type="text"/>		Date 1ère visite <input type="text"/>
<u>HTA, Arterio Hypertension des reins</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <input type="text"/>		
<input type="text"/>		
Nature des actes <u>CJ & K10</u>	Nbre de Coefficient <u>400,00</u>	Montant détaillé des honoraires <u>400,00</u>
PHARMACIE	Date <u>14/08/19</u>	
Montant de la facture <u>225,20</u>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Désignation des Coefficients <input type="text"/>		Montant détaillé des Honoraires <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date <input type="text"/>
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Docteur ZIZI MADANI
 Ortho-Rhino - Laryngologiste
 Chirurgie de la Face et du Cou
 Bd Agha Hassan N°105 - Hay Hassani
 Casablanca - Tél: 05 22 90 77 61

Lamia DIOUR
 Pharmacienne
 Pharmacie Missimi Hay Hassan
 Rue 24 Angle Rue N°1
 Cité Missimi - Casablanca
 ... 05 22 90 05 29

Docteur ZIZI MADANI

OTO-Rhino - Laryngologiste
Chirurgie de la Face et du Cou

Bd. Afghanistan N° 105 - Hay Hassani
Casablanca - Tél. : 05 22 90 77 01

الدكتور الزيزي المدني

إختصاصي في أمراض الحلق والأنف
والأذن - جراحة الوجه والعنق

شارع أفغانستان رقم 105 - الحي الحسن
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 90 77 01

Casablanca, le 14/08/2015 في الدار البيضاء.

Q SAND Qh.

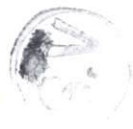
1210,00
4 MERO pour un
a l'apostrophe x 5;



30,20
4 d'effacement 140 7a^r



55,00
31 4070 x 1L 1/2
225,20 2 1/2



2

Docteur ZIZI MADANI
Ortho-Rhino - Laryngologiste
Chirurgie de la Face et du Cou
Bd. Afghanistan N°105 - Hay Hassani
Casablanca - Tél. 05 22 90 77 01

Lamia DIOUKI
Pharmacienne
Pharmacie Missimi Hay Hassan
Rue 24 Angle Rue 12 N°1
Cité Missimi - Casablanca
Tél. 05 22 90 05 29

INDICATIONS: MEBVO est unisse pour le traitement de tous les types de brûlures, de lésions traumatiques ou infectées d'ulcères des jambes et de la peau. **MEBVO** rend à la peau son état naturel. **Comment l'utiliser?** Étendre une couche d'un mm d'épaisseur sur la plaie et répéter cette application toutes les 4 heures après avoir essuyé soigneusement les restes de pommade et de liquide avec un mouchoir en papier doux ou un morceau de gaze; Jus.

Lire la notice inférieure pour les instructions détaillées. **Tenir hors de la portée des enfants.**

Conservation à des températures inférieures à 25°C.

AMM: 1584DMP/21/NNP

Distribué par les: Laboratoires Novopharma,
Z.I.12, Tr. Mellil, Casablanca, A. Faidi, Pharmacien Respon

NOVOPHARMA
UTAV LOT
PPV 140.00

بتحويل من مؤسسة بكنين جوا نعيمينج الطبية المدنية لأدوية الحروق والتقرحات ومختبر ميبو البروفيسور / زو وونجونينج .

الخليج للصناعات الدوائية ، رأس الخيمة ، الإمارات العربية المتحدة .

0.25 / بيتا - سينتو ستيرول

30 غرام
مخلصة الأعشاب

AMOXIL 1g

12 comprimés dispersibles

6 118000 160038

Amoxil 1g
amoxicilline comprimés dispersibles

Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) 1g
Excipient q.s.p. 1 comprimé
Contient de l'aspartam.
Cet étui contient 12 comprimés dosés à 1g, soit 12g d'amoxicilline.

اموكسيسيلين 1 غ. يحتوي هذا الدواء على الأسيرتام
Lire attentivement la notice avant utilisation.
اقرأ النشرة بالتباه قبل الاستعمال

Ce médicament peut causer des allergies
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال
هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 55,00 DH
LOT: 611210
PER: 10/20



نيفلوريل

adulte

EXP 12/2021
LOT 80073 1

8 تحاميل معيرة حتى 700 ملغ

استر 3 مورفورلينو - الاتيلي من

حامض البنقلمني



NIFLURIL

PPV 30DH20

B.No.: 0684

MFG.: 03 2019

EXP.: 03 2024