

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

liologie 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.

ique :

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.

ntaire :

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

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 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



Courrier

Déclaration de Maladie : N° P19- 0020761

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 248 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAITOU BOUTEMAA Date de naissance : 01/01/1936

Adresse : N° 440 Hay El Bahja Marrakech

Tél. : 0524 295337 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/10/2019

Nom et prénom du malade : Baitou Boutemaa Age :

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

Nature de la maladie : Diabète + HTA

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 : Marrakech Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0020761


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).



[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 15/10/2019 | 292,100 |
| | J.N.P. 072055619 | |

[illegible][illegible]

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

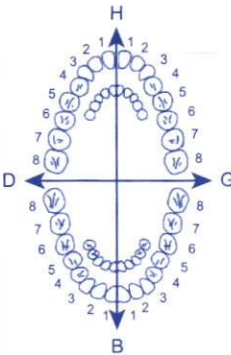
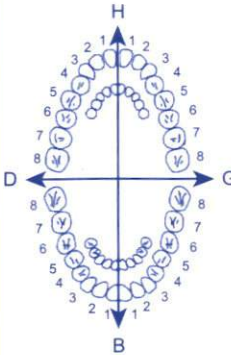
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------|--|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Houria O. Jawhari

Spécialiste

Diabétologie - Glandes endocrines

Cholestérole - Obésité - Goitre

Impuissances sexuelles - Maladies du sein

Retards de croissance

Nutrition

الدكتورة حورية أ. جوهري

اختصاصية

أمراض السكري - أمراض الغدد الهرمونية

لسمنة - الكولسترول - الضعف الجنسي

أمراض الثدي - نقصان النمو

التغذية

Marrakech, le

15/10/19

Mme Boutou Milbank

75900

Lentis solostar (4 mois)

48700 x3 200 / j

- Lysine

(4 mois)

4600 x4

- Di-gest

(4 mois)

9900 x3

- ocles

(4 mois)

14500

- Tavnic 500

24 / j

T. 05 24 43 36 62

Drill toue press



2500×3 1155×3

292100



Digestine

Résinate de métoclopramide



TRENKER

30 gélules

Forme à action prolongée

66,00



Digestine

Résinate de métoclopramide



TRENKER

30 gélules

Forme à action prolongée

66,00



Digestine

Résinate de métoclopramide



TRENKER

30 gélules

Forme à action prolongée

66,00



Digestine

Résinate de métoclopramide



TRENKER

30 gélules

Forme à action prolongée

66,00



LYRICA®

Prégabaline

75 mg
gélules



56 gélules

Chaque gélule contient
75 mg de prégabaline



02/2020

T06142

EXP:

LOT:

LYRICA®

Prégabaline

75 mg

gélules



56 gélules

Chaque gélule contient
75 mg de prégabaline



02/2020

T06142

EXP:

LOT:

LYRICA®

Prégabaline

75 mg

gélules



56 gélules

Chaque gélule contient
75 mg de prégabaline



02/2020

T06142

EXP:

LOT:



TAVANIC®

500 mg

lévofloxacin/levofloxacin

Voie orale/Oral use

5 comprimés pelliculés sécables
5 film-coated scored tablets

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Tavanic 500mg cp pel b5
P.P.V : 145,00 DH

6 118001 080670

SANOFI



Lantus[®] SoloS

100 Unités/ml

solution injectable en stylo pré
insuline glargine

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Lantus 100U/ml, Inj b5 sty
P.P.V : 759,00 DH


6 118001 081615

LOT 170487
EXP 05/2020
PPV 99.00DH

OEDOS

oméprazole

Microgranules gastrorésistants



JURÉE



MATIN



MIDI



SOIR

LOT 170487
EXP 05/2020
PPV 99.00DH

OEDOS

oméprazole

Microgranules gastrorésistants



JURÉE



MATIN



MIDI



SOIR

LOT 170487
EXP 05/2020
PPV 99.00DH

OEDOS

oméprazole

Microgranules gastrorésistants



JURÉE



MATIN



MIDI



SOIR

Drill

Toux sèche

ADULTES

sans sucre

Composition : Bromhydrate de dextrométhorphan 0,300 g pour 100 ml.
Édulcoré au sirop de maltitol liquide.
Arôme Punch.

Forme pharmaceutique :

Sirop, flacon de 150 ml

Liste des excipients qui ont un effet notoire :

Parahydroxybenzoate de

propyle, Alcool

méthyle,
Maltitol

Indications thérapeutiques :

25,00

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

Drill

Toux sèche

ADULTES

sans sucre

Drill

Toux sèche

ADULTES

sans sucre

Composition : Bromhydrate de dextrométhorphan 0,300 g pour 100 ml.
Édulcoré au sirop de maltitol liquide.
Arôme Punch.

Forme pharmaceutique :

Sirop, flacon de 150 ml

Liste des excipients qui ont un effet notoire :

Parahydroxybenzoate de

propyle, Alcool

méthyle,
Maltitol

Indications thérapeutiques :

25,00

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

Drill

Toux sèche

ADULTES

sans sucre

Drill

Toux sèche

ADULTES

sans sucre

Composition : Bromhydrate de dextrométhorphan 0,300 g pour 100 ml.
Édulcoré au sirop de maltitol liquide.
Arôme Punch.

Forme pharmaceutique :

Sirop, flacon de 150 ml

Liste des excipients qui ont un effet notoire :

Parahydroxybenzoate de

propyle, Alcool

méthyle,
Maltitol

Indications thérapeutiques :

25,00

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

Drill

Toux sèche

ADULTES

sans sucre