

## **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 Langue Durée AID et AIC :

- 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 Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alali Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº W21-683524

201807

35

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>1602</u>	Société : <u>MUPRASRAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>GHAZI MOHAMED</u>
Nom & Prénom :			
Date de naissance : <u>01/04/1943</u>			
Adresse : <u>HAYEL Koudia AT GULIZ MARRAKECH</u>			
Tél. : <u>06.10.51.19.17</u>	Total des frais engagés <u>422,80</u> DHS		

Autorisation CNIDB N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			Age: .....
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 piconfidentiel 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. 9.91.

**Fait à :**.....

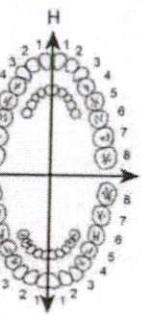
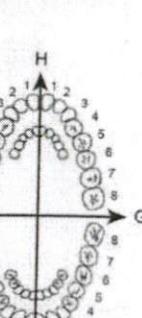
Signature de l'adhérent(e) :.....

Le 99 103 1604

Signature de : GHAT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/03/14	CS		150	INF. 11111111111111111111111111111111

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	INP : <input type="text"/> / <input type="text"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DÉBUT D'EXÉCUTION																
				FIN D'EXÉCUTION																
				<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 																
				<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: 200px;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
				H	25533412	21433552														
				D	00000000	00000000														
				G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553																		
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																				
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																				
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																				
<b>DATE DE L'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>																				



# BIOM



Scannez moi

LOT: 2311022  
FAB: 11/2023  
EXP: 11/2036  
PVC: 123.000H

## FORME ET PRESENTATION :

Gélule, Boîte de 30.

## COMPOSITION (par gélule) :

Substance active: Fer micronisé et microencapsulé (Lipofer); agent de charge: amidon de maïs ; anti-agglomérant : stéarate de magnésium; capsule végétale en HPMC (hypromellose).

## PROPRIETES :

**BIOMARTIAL** LIPOFER est à base de Lipofer.

Le fer est un oligo-élément nécessaire à notre organisme.

il contribue notamment :

- À la synthèse de l'hémoglobine qui assure le transport de l'oxygène,
- Au fonctionnement normal du système immunitaire,
- À réduire la fatigue ,
- Au développement normal des tissus.

## CONSEILS D'UTILISATION :

Selon la prescription médicale.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

À conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur.

Food supplement, is not a medicine.

Fabriqué et  
Distribué par : 

10 Rue Racine Valfleur, Maarif  
Casablanca, Maroc

Site de Fabrication :  
Commune Sahel Had Soualem

+212 522 23 22 51  
contact@healthinnovation.ma  
www.healthinnovation.ma

ONSSA N°: CAPV.59.217:19  
N°Enregistrement au ministère de la santé  
N° DA20202002312DMP/20UCA/V1

Clinique Grand Atlas



مصحة الأطلس الكبير

№ 125292

REÇU<sup>(1)</sup>

M ..... G H a g i M a h m e d à payé

La Somme de ..... 850 DH

Relative à : .....

en règlement des frais de : .....

مصحة الأطلس الكبير  
Clinique Grand Atlas  
Urgence 24/24 39 00  
Tél: 05 24 39 00

Du 20/03/84  
Signature et Cachet

<sup>(1)</sup> Reçu de règlement provisoire, établi dans l'attente de la facture définitive.