

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.

Educations :

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.

Prothèses :

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.

Le contrôle 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

Information : contact@mupras.com
Personne en charge : pec@mupras.com
Déclaration 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 personnelles.

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° P19-0042010

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1022 Société : 35614

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. ASWAN Halima ep ABAD

Date de naissance :

Adresse : Résidence EL Mandouh H.H. APT. N°6 Hay EL KALAM

C.C.C.

Tél. : 05.22.39.04.57

Tél. : 06.69.26.36.79 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/07/2020

Nom et prénom du malade : ABAD Smchail

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

Nature de la maladie : Affection oculaire, Arthralgie, Rhinite allergique

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23/07/20	C		150 DH	Dr. MIFDAL Malika Médecine Générale 36, Rue Kroufai Hay Raba (Beauséjour) - Casablanca Tel : 05 22 36 64

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie HAKIMA GLEBD GIANDI ET MANSOUR 380806	23/07/20	438,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'exécution.

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"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </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																									
				MONTANTS DES SOINS																					
	on, remont, adjonction) reapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																					
				DATE DE L'EXECUTION																					



cithalmic® 1% %1 Fucithalmic®
 e fusidique حمض فوسيديني
 phtalmique مرهم للعين انبوية من 3 جرام

Voie opht
 Lire la not
 Tenir hors
 vue des e
 Durée de
 ouverture

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Docteur Mifdal Malika

الدكتورة مفضل مليكة

Médecine Générale

الطب العام

36, Rue El Koronfol 1er étage App.2

36, زنقة القرنفل حي الراحة (بوسيجور)

Hay Raha (Beausejour)

CASABLANCA

Tél.: 0522.36.64.48

الطابق 1 الشقة 2 - الدار البيضاء

الهاتف: 0522.36.64.48

PHARMACIE DULMES
LAKAKI HAKIMA
ANTLE BO GUANDI ET
Y EL MANSOUR 360806

CASABLANCA, LE

23/07/2020

ABAD Boucharb.

42.60 - Mobic 7,5 g
18 j

35.70 - Alproz 0,5 g
18 j min.

19000 - Aeromen 500 mg
2 pub nasab 1 j - at.

11900 - Arpalgic gel
1 cr x 3 j

22.60 - Flucon collire
18 x 4 j

37.20 - Fucithaline
1 cr 1 j

438.10

DR. MIFDAL MALIKA
Médecine Générale
36, Rue Koronfol Hay Raha
(Beausejour) Casablanca
Tél.: 05 22 36 64 48

Alpraz[®] 0,5 mg

Alprazolam

28

LOT 190721

EXP 01

PPV

2022

35.70

35,70

Mobic[®] 7,5 mg
14 comprimés

PPV 42DH50

PER 09/21

LOT H1914

Aeromax[®]
Budésônide

LOT:0036N003
PER:01/2021
PPV:190,00 dh

Arpalgic gel[®]

Lot : 209-18
PER : 01/2021
PPC : 110,00dh

FLUCON[®]
COLLYRE

Lot :

8 K X C 1 A

Exp :

09 2020

A.M.M. N° 103DMP/2
Laboratoires Sothema
PPV : 22,60 DHS



7024

Rembours

de m
de tr
chirur

AU
LE
MM
SER
d'h
ang
es se
Des c
avec
non s
- de
médic
brusq
décol
éventuels).

Ce médicament existe sous d'autres dosages ou d'autre formes pharmaceutiques qui peuvent être plus adaptés.

Dans tous les cas, la dose maximale recommandée de 15 mg / jour ne doit jamais être dépassée.

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : le meloxicam.
Vous ne devez pas prendre en même temps que ce médicament d'autres médicaments contenant des anti-inflammatoires non stéroïdiens et/ou de L'aspirine.
Lisez attentivement les notices des autres médicaments que vous prenez afin de vous assurer de l'absence d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et/ou d'aspirine.

Grossesse - Allaitement

Il est recommandé d'éviter la prise de ce médicament au cours de la grossesse.

Le médecin peut être amené, si nécessaire, à prescrire ce médicament au cours des premiers mois de votre grossesse.

En aucun cas, ce médicament doit être pris à partir du 3^{ème} trimestre de la grossesse, car ses effets sur votre enfant peuvent avoir des conséquences graves, notamment sur un