

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 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

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 Allal Ben Abdellah - 6ème étage 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° W19-459742

39867

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 767 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : LABDAA Mohamed

Date de naissance : 01.01.1941

Adresse : Hay El Alia Rue 3 n° 28 El Oulfa Casa

Tél. : 0665 328166 Total des frais engagés : 1371,70€ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/09/20

Nom et prénom du malade : LABDAA Mohamed Age :

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

Nature de la maladie : Diabète + HTA + Dyslip

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) :

14 SEP. 2020

ACCUEIL

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>A circular blue ink stamp from "Pharmacie Centrale Casablanca". The outer ring contains the text "PHARMACIE CENTRALE CASABLANCA" at the top and "756, Bd. Abdel Salam - Casablanca" at the bottom. In the center, there is a stylized signature or logo.</p>	05/09/86	1271,70

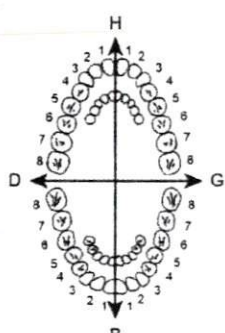
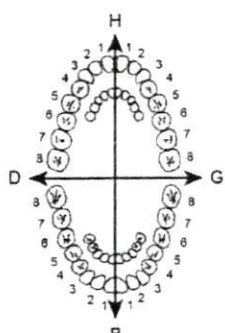
[illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ASKARDIL[®] 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 06/2022
LOT 90012 1

49,40

49,40

49,40

EXPERT ASSERMENTE PRES LES TRIBUNAUX
Diplômé de l'Université de Montpellier 1
PREVENTION ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE
ECHOGRAPHIE

المحكم
نبيلي
سدي

Casablanca, le :

CASABLA

58,10x3

- Amarel

207,00x3

- Triate 10

49,40x3

- Aug 5 mg

22,40x3

- AlKardil 7

94,00x3

velon CP

1271,70

Montauban 325

LOT : 20E001
PER: 01/2023
AMAREL 1MG
CP B30
P.P.V : 51DH10

LOT : 20E001
PER: 01/2023
AMAREL 1MG
CP B30
P.P.V : 1DH10

LOT : 20E001
PER: 01/2023
AMAREL 1MG
CP B30
P.P.V : 51DH10

ASKARDIL[®] 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 02/2022
LOT 90039 14

ASKARDIL[®] 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 06/2022
LOT 90012 1

PHARMACIE
75g Bd Oued
Oulfa - Casablanca
05 22 90 50 01

dr 10633
Dr. CHAFIK FOULAD
MEDECIN EXPERT
Bd Oued Errabii - 69 N° 4 Oulfa
Tél: 0522 90 51 05

LOT N°: 1001835
EXP: 12/2022
PPV: 94DH00

LOT N°: 1001835
EXP: 12/2022
PPV: 94DH00

LOT N°: 1001835
EXP: 12/2022
PPV: 94DH00

00,702

TRIATEC® Protect 10 mg
Ramipril

احترم اللوائح الدوائية
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance / Tableau A
يصرف فقط بموجب وصفة طبية / جدول A

A conserver à une température
inférieure à 25°C.



TRIATEC® Protect® 10mg
30 Comprimés



00,702

TRIATEC® Protect 10 mg
Ramipril

احترم اللوائح المحلية
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance / Tableau A
يصرف فقط بموجب وصفة طبية / جدول A

A conserver à une température
inférieure à 25°C.



TRIATEC® Protect® 10mg
30 Comprimés



00,702

TRIATEC® Protect 10 mg
Ramipril

احترم اللوائح المحلية
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance / Tableau A
يصرف فقط بموجب وصفة طبية / جدول A

A conserver à une température
inférieure à 25°C.



TRIATEC® Protect® 10mg
30 Comprimés

