

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.

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

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 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- 045320

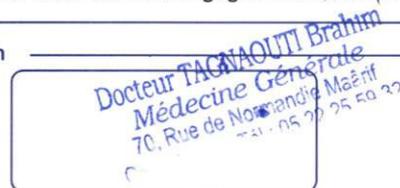
Maladie Dentaire Optique Autres **41464**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **9563** Société : **RAM**
 Actif Pensionné(e) Autre : **EX AGENT RAM**
Nom & Prénom : **LAAMRI M^{me} REDA**
Date de naissance : **13/10/1970**
Adresse : **RESIDENCE MAN ZAH CALIFORNIA**
VILLA 20 EL JADIDA
Tél. : **0663443423** Total des frais engagés : **#440,30 -** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **22/09/2020**
Nom et prénom du malade : **Tachoufik Hamdus** Age : **49**
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : **infection gynécologique**
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 : **CASA** Le : **22/09/2020**
Signature de l'adhérent(e) :



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
22/09/2020	e	01	200	<i>[Signature]</i>

*Docteur TIMOTHY BISSI
Médecine Générale
74, Rue de Normandie Mairie
Tél : 05 22 25 50 22*

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Puchissier	Date	Montant de la Facture
<i>[Cachet]</i>	22.09.2020	240,30

*Pharmacie TIMOTHY BISSI
Dr. TIMOTHY BISSI, Pharm
74, Av. Bir Anzarane
Tél & Fax : (03)35.18.89*

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

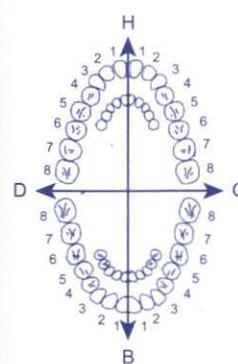
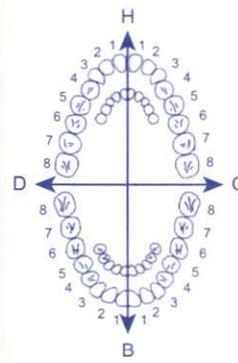
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </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																		
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



Dr. TAGNAOUTI Brahim

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Bordeaux
MEDECINE GENERALE

70, Rue de Normandie - Maârif
CASABLANCA
Tél. : 05 22 25 59 32

الدكتور إبراهيم التگناوتي

خريج كلية الطب ببوردو
الطب العام

70، زقة نورماندي - المعارف
الدار البيضاء - الهاتف، 05 22 25 59 32

Casablanca, le 22/9/2020 في الدار البيضاء

Mme Taoufik Hanane

- (28,80) x 2 Parolyl 500 2B
- (67,40) Polygynax 400
- (45,00) Zovmax 400
- 50,00 Gyroperone 400

TOTAL = 240,20

Docteur TAGNAOUTI Brahim
Médecine Générale
70, Rue de Normandie Maârif
Casablanca - Tél. : 05 22 25 59 32

Pharmacie TIMOUYASSE
Dr. TIMOUYASSE Naim
74, Av. Bir Anzarane
EL JABDA
Tel & Fax : (03) 35 14 99

قوي

جامع سينسينك

بونستيل

08/80

UT. AV.: 09 22

P.P.V

28 80

LOT N°: 280645

20 قرص ب 500 ملجم
- صماء اللحي - صماء اللحي - صماء اللحي

لصالح المريض

Ponstyl® 500 mg

20 comprimés



6 118000 250647

قوي

جامع سينسينك

بونستيل

UT. AV.: 09 22

P.P.V

08/80

28 80

LOT N°: 280645

Lis
Forme
Indicatio

Composition

Sulfate de néomycine.....	35 000 UI
Sulfate de polymyxine B	35 000 UI
Nystatine	100 000 UI

EXP

MAPHAR
POLYGYNAX 12 capsules vaginales
Km 10, route Côtière 111 - Quartier industriel, Zenata
Aïn Sebâa Maroc
P.P.V. : 67DH40



8001 183739

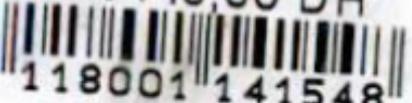
Mode et v
Tenir hors de l
Précaut
À conserver à t

Zovirax® 5%
aciclovir

crème

Voie
cutanée

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 45,00 DH



ID : 622995
6 118001 141548



Zovirax® 5%
aciclovir

crème

tube de 2 g



Gyno Pevaryl 150 mg
3 ovules

JANSSEN-CIAG
Fabriqu e sous licence par :
maphar
Km 10, route c otiere 111
Quartier industriel, Zenata
Ain Sebâa, Maroc
Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

Un examen médical est nécessaire avant et
periodiquement en cours de traitement.
القياس الطبي ضروري قبل و اثناء العلاج بشكل دوري.

Tenir hors de la port e et de la vue des enfants.
يحفظ بعيدا عن مرمى ومناظر الاطفال.
A conserver à une température ne dépassant pas 30 C.
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية.
Lire attentivement la notice avant utilisation.
يجب قراءة النشرة بعناية قبل الاستخدام.

70,30