

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 canaux, 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 canaux.

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 Alal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakhri et Rue Alal Ben Abdellah - Quartier de l'Harloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-540641

44032

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08678

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Bouzahzah Ahmed

Date de naissance : 29 Juillet 1957

Adresse : 20 rue Ras Asfour Lot Laajej Oujda

Tél : 0661 62 78 08

Total des frais engagés : 4874 Dh

Cadre réservé au Médecin **Dr. Ahmed LAKLALECH**

Médecine Générale
Hay Lamia Bloc 6 - N°2 Dis.
Hay Mohammadi Casablanca
Tél: 05 22 62 81 38

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Bouzahzah Ahmed

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ 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 pli confidentiel au 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) :



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
6/8/06/20		1	CG	Dr. Ahmed LAKLALECH Médecine Générale Hay Lamia Blocc - N° 2 bis Hay Mohammadi-Casablanca Tél: 22 52 81 38

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Pharmacieur	Date	Montant de la Facture
	7/7/20	487.140

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
	<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 []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS []														
				DATE DE L'EXECUTION []														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date: 07/07/2020

ORDONNANCE

Dr. Ahmed I AKLALECH

Médecin Généraliste

Hay Lamia Bloc 6 - N°2 bis

Hay Mohammadi - Casablanca

Tel: 0522 609 63

Antaria 1 Rue Jabal Habri N°1 Hay Mohammadi
Casablanca Tel: 0522 609 63
ICE 000904460000009
Mme TAZI CHRAÏBI Lubna
Docteur en Pharmacie
PHARMACIE DES AUTOROUTES

7- 800 mg / 24h

1/ gluphage 850 mg (066mm)

2x11 A. x 3 mois

2/ 60.1023
Aspirine 100mg (3mois)

153.122
Sep 11 le matin

Aspirine x 3 mois

3/ 487.140
CO Flo 0,4 mg (3mois)

3 mois

PHARMACIE DES AUTOROUTES

Mme TAZI CHRAÏBI Lubna
Docteur en Pharmacie

Antaria 1 Rue Jabal Habri N°1 Hay Mohammadi
Casablanca Tel: 0522 609 63
ICE 000904460000009

Dr. Ahmed I AKLALECH

Médecin Généraliste

Hay Lamia Bloc 6 - N°2 bis

Hay Mohammadi - Casablanca

Tel: 0522 609 63

PROSTATE



Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la notice



CODE No.: MP/DRUGS/25/24/83

Médicament Autorisé N°: 213/14 DMP/21/NNP

Importé par :
SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC
169, avenue Hassan 1er,
20070 Casablanca, Maroc.

Fabriqué par :
SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
INDE.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات المحددة

Tableau A (Liste I)



Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la notice



CODE No.: MP/DRUGS/25/24/83

Médicament Autorisé N°: 213/14 DMP/21/NNP

Importé par :
SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC
169, avenue Hassan 1er,
20070 Casablanca, Maroc.

Fabriqué par :
SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
INDE.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات المحددة

Tableau A (Liste I)

LOT : 15E008
PER.: 10 2022

AMAREL 2MG

CP 830

P.P.V : 60DH40



LOT : 15E002
PER.: 10 2022

AMAREL 2MG

CP 830

P.P.V : 60DH40



LOT : 20E003
PER.: 01 2023

AMAREL 2MG

CP 830

P.P.V : 60DH40

