

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 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° W19-408744

44561

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 8135

Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

Jamila, El Aouifi

Date de naissance : 31/07/1985

Adresse : Rue Ibn Abi Saïd 1 N°7 Maârif

Casa blanca

Tél. : 06 50 6 27822 Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/10/2020

Sur la feuille

Signature : 44561

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
11/09/2020	2	01	200	INP : 35910168 M. TACHAOUDI Brahim Spécialiste Générale Mandat Maârif 02 25 50 22

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	ne 10/10/2019	31540

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																					
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (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"/>																	
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <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>B</td> <td></td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>			
						25533412	21433552														
						00000000	00000000														
						D	G														
						00000000	00000000														
35533411	11433553																				
B																					
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																					
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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. : 06 22 25 59 32

الدكتور إبراهيم التكناوتي

خريج كلية الطب بيوروبو
الطب العام

70، زنقة نورماندي - العاريف
الهاتف ، 05 22 25 59 32 - الدار البيضاء

Casablanca, le

12/9/2020

الدكتور التكناوتي

Mr Chinan Ahmed

66.00 Azimique 500 (5)

49.00 Apxol 100

58.40 Effipred 20 1/1

14.00 Doliprane 1000 341/1 le mal

9800

Docteur TAGNAOUTI Brahim
Médecine Générale
70, Rue de Normandie Maârif
Tél. : 06 22 25 59 32

Dr. TAGNAOUTI Brahim
Diplômé de la Faculté de Médecine
de Bordeaux
MEDECINE GENERALE
70, Rue de Normandie - Maârif
CASABLANCA
Tél. : 06 22 25 59 32

31540

Mme. Amal EL QADIRI
Docteur en Pharmacie
PHARMACIE D'AMAL
100, Rue de la Kasbah
Casablanca

11/12

17/2)

Sulpice

14/3)

Apixol®

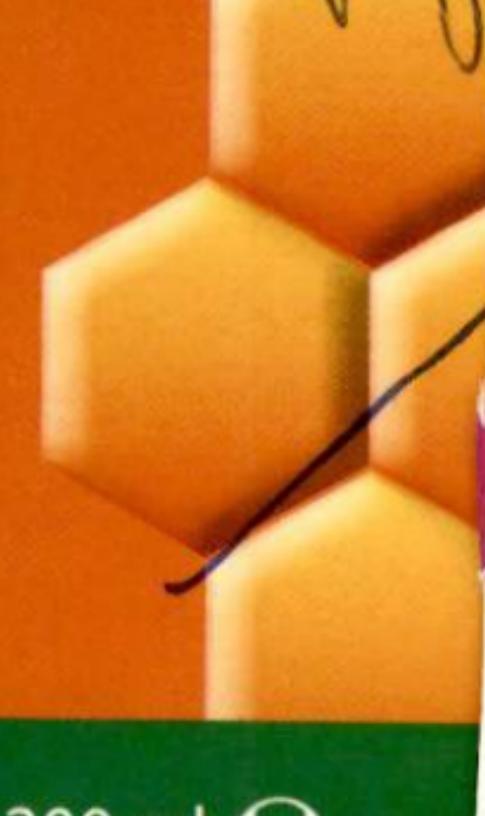
Adultes

Solution buvable

AUX EXTRAITS
DE PROPOLIS ET D'ÉCHINACÉE

- Apaise les voies respiratoires
- Adoucit la gorge

Goût pomme



PPV 58DH40
EXP 12/2022
LOT 90021 5

8

Lot: 190815
À consommer
avant le: 12/2022
PPC: 79,00 DH

Azimycine®

500 mg Promopharm

Azithromycine

3 m

A
APB

66,00

Voie orale



Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



ADULTE
10 Comprimés

COMPRIMÉ

botti 3.3
S. A. des Comptines - Aln Sehla - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV 14DH00
PER 06/23
LOT J1240



را موس

اموكسيسيلين - حامض كلاغيلانيك
125 مل / 1 غ

الكبار

مسحوق للأجل
محلول للشرب
عن طريق الفم



نسبة الأموكسيسيلين -
حامض كلاغيلانيك 1/8

12 كيسا

PPV: 98DH00
PER: 03-23
LOT: J 771

