

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.

Éducation :

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 caractére 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



Maladie

Dentaire

N° P19- 048677

ND: 46675

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7394 Société : RAA

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BAGDAN LAALI

Date de naissance : 21/07/67

Adresse : Rue 3 villa 31 Bd Abirouachak

EL OULET

Tél. : 0661306667 Total des frais engagés : 87 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : 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 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

Le : 10/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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

RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL DUA. SCHALAK Hal Nassar Docteur en Pharmacie Av. Oued Sbib 1- El Oufa Tél / Fax : 05 22 90 53 45 CASABLANCA ICE : 001541468000057	10/10/2003	43,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		

PHARMACIE AL OUARD

55.AV OUED SEBOU HAY ALOUARD OULFA ICE:001541468000057
CASABLANCA
Tél : 0522905345
Patente : 35022195

Facture N° 851 001 Du 10/10/2020

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
CO	ZYLORIC 300 MG/28	1	43,20	43,20
1	Total	1		43,20

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
QUARANTE-TROIS DIRHAMS ET VINGT CENTIMES

1S

PHARMACIE AL OUARD
S. CHALAK Haj Nassar
Docteur en Pharmacie
55. Av. Oued Sebou - El Oued
Tél / Fax : 0522 90 53 45
CASABLANCA
ICE : 001541468000057

ZYLORIC 300 mg

Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 81 DMP/21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



118000 022275

43,20

قبل تناول هذا الدواء:
شجون إلى إعادة قرائتها
، أو أن كان لدكم شك، اطلبوا المزيد من المعلومات من طبيكم أو من صيدليكم
شخصياً. لا تغطوه أبداً الشخص آخر حتى في حالة أعراض مرضية مختلفة، فهذا
غير المروء عنها خطيرة أو إذا لاحظتم تأثيراً غير مرغوب فيه وغير مشار إليه في
صيدليكم بذلك.

لهم حالات يمكن استعماله؟
ـ قبل تناول زيلوريك أقراص؟
ـ قبل تناول زيلوريك أقراص؟
ـ قبل تناول زيلوريك أقراص؟
ـ قبل تناول زيلوريك أقراص؟

الملقطة من الأضطرابات المرتقبة بزيادة الحامض البوليك مثل النقرس، الحصى،...
معزفها قبل تناول زيلوريك أقراص؟
ـ قبل تناول زيلوريك أقراص؟
ـ قبل تناول زيلوريك أقراص؟
ـ قبل تناول زيلوريك أقراص؟

ـ عند انسحاب من 5 سنوات (تواضع عدم الاستعمال مرتبطة بالشكل الصيدلي).
ـ في حالة الرضاعة في حالة الشفاعة، فمن الصيروري طلب رأي طبيكم أو صيدليكم.
ـ حذركم من زيلوريك أقراص: