

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° W19-584322

47319

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		<input type="checkbox"/> Autres
Matricole : 12327		Société : T2 RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : MDAGHNI FIL ALI MOUNTIR		
Date de naissance : 02/08/1985		
Adresse : nes AC FIR DAOUIS GHIR ABBAD ADDRI (ADA)		
Tél. : 0661087775	Total des frais engagés : 505,7 Dhs	
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 02/11/2020		
Nom et prénom du malade : MOUNAINE ALI BEN MOUNA, NOV. 2020		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : SY Bruxelles		
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le 02/11/2020

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
02/11/2020	GU	109500 3710	119500 3710	INP : 1221310 DATE 02/11/2020 - 109500 - 3710

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/11/2020	325.40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

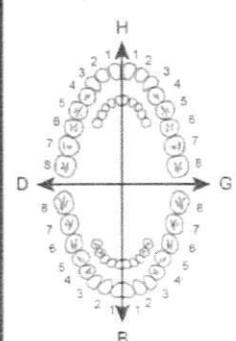
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

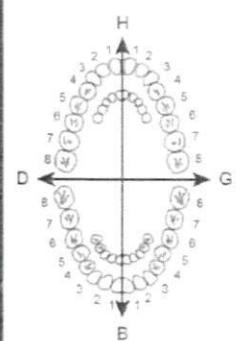
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Ordonnance

1102:020

2 NOV. 2020

Casablanca le :

MR. MONAGHAN ALONE MOUNT

11-DOCKYARD
3900' ~~1000' 2000'~~

1975 mile x 411

11 ~~12~~ 500 (or 11)

60001 cp ce for 100 psw the 400
= 120.00

3) D25em

4780 2.97

41 Zinaskin

190),

87 And 2118 1450 Jan 1918

8420 A kef dom (x
picus 22/1

87 Chpaw 1:5

Sept 23/1

~~90.40~~ 325.40

PHARMACEUTIC KHAIR
Aut. 000 22 42
30, GR. ALBALIDA HAY EL QODS
CASABLANCA
T61:05 22 75 55 06

الدكتور عبد الله الطهطاوي
شادى التضليل ، ميدان ، عمادة
رقم 11 أهل الفلام سيد يحيى العزوزى
الهاتف: 0522.73.79.03
7661.45.41.45 المعمول



Boîte de 3 comprimés

Voie Orale

Azithromycine

500 mg

N/2



Composition :

Azithromycine (DCI) 500 mg
Excipient q.s.p 1 comprimé
Excipient à effet notoire : lactose.
Boîte de 3 comprimés contenant 1,5 g d'azithromycine.

AMM N° : 149DMP/21/NRQ

AZ® 500 mg
Azithromycine
Boîte de 3 comprimés

PPV. : 60,00 DH



6 118000 190097



مختبرات غالينيكا - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc



Boîte de 3 comprimés

Voie Orale

Azithromycine

500 mg

G
GALENICA

Composition :

Azithromycine (DCI) 500 mg

Excipient q.s.p 1 comprimé

Excipient à effet notoire : lactose.

Boîte de 3 comprimés contenant 1,5 g d'azithromycine.

AMM N° : 149DMP/21/NRQ

AZ® 500 mg

Azithromycine
Boîte de 3 comprimés

P.P.V. : 60,00 DH



درايin 10.000 وحدة

سرابيتاز

6



40 Compimics entrobés gastro-resistants

Serrapeptase

DASEN® 10 000 UI

40 قرصا ملبيسا
معدي - مقاوم
عن طريق الفم



مخترات سنتيميك
20 - 22 زنقة زبير بن العوام
المسخور السوداء - الدار البيضاء

PPV :

EXP :

Lot N° :

47,80

أوتيباكس

فينازون، كلوريدرات الليدوكايين

محلول
تقطير أذني

قارورة بالقطارة

OTIPAX®

Solution pour instillation auriculaire
Flacon de 16g



6 118000 370024

Lot. 3515

Per.: 01 2023

BIOCODEX MAROC PPV 20.20 DH



Kétoderm® 2% gel en sachet

Respecter les doses prescrites
Ne pas avaler

Uniquement sur ordonnance - Liste I

posologie: _____ sachet _____ fois par _____

A conserver à une température
ne dépassant pas 25° C

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Q1 Zénata Ain sebaa Casablanca
Kétoderm 2% gel b8 sachet
P.P.V : 84,20 DH



Lire la notice avant utilisation

Tenir hors de la vue et de la portée des
enfants

Médicament autorisé n° 34009 333 069 5 3



3400933306953

Kétoderm® 2% gel en sachet
gel moussant
kétoconazole



PPV/DH:

A.U. N°:

Lot N°:

Comprimé effervescent 8x100



COOPER PHARMA



8x 8x 8x 8x 8x 8x 8x 8x



comprimé à sucer

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS ET DE PLANTES
(Eucalyptus - Propolis - Echinacea - Gingembre)

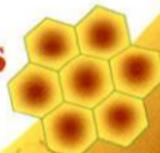
Maux de gorge Enrouements passagers

x10

Goût menthe - miel - citron

Apaise et dégage les voies respiratoires
Adoucit la gorge irritée en cas de toux
Renforce les défenses naturelles

LOT: 200287
DLUO: 09/2023
39,00DH



Deva

Laboratoires Pharmaceutique
J.OUAJDI Pharmacien Responsable