

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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- 056801

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1595 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
Nom & Prénom : AHADADOUCH Smail
Date de naissance : 1954
Adresse :
Tél. : 0665077276

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 16 DEC 2020
Nom et prénom du malade : Smail
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Lumbago
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 : 07 / 01 / 2021

Signature de l'adhérent(e) : A. Dadouch

Le : 07 / 01 / 2021

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
			5000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/12/2020	582,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

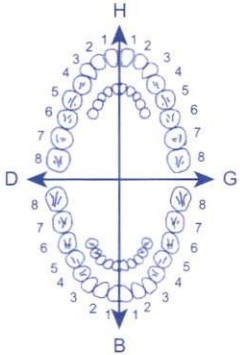
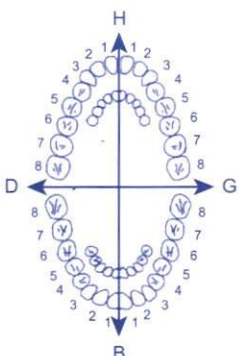
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Meryem ARZAZ

MEDECINE GENERALE - ECHOGRAPHIE

Lauréat de la Faculté de Médecine et de pharmacie
et C.H.U. IBN SINA de Rabat

Diplôme Universitaire
de Diabétologie Montpellier

Certificats Médicaux du Permis de Conduire

الدكتورة مريم أرزاز

الطب العام - الإيكوغرافيا

خريجة كلية الطب والصيدلة والمركز الاستشفائي
الجامعي ابن سينا بالرباط

دبلوم جامعي في السكري

مونبلييه فرنسا

الشواهد الطبية من أجل رخصة السياقة

Meknès, le مكناس, في

16 DEC 2020
Meknès - Tél : 05 35 50 09 19
Diplôme Universitaire de Permis de Conduire
Medecin Agé et Permis de Conduire
Diabétologie Montpellier
Dr. ARZAZ Meryem

Handwritten signature and text.

6680 x2 voltexco 10 (S.V.)

133.60

10160

PHARMACIE ALBARRA
CHAPAI Zakia
Docteur en Pharmacie
Tél : 05 35 55 83 00

223.00

Handwritten text and signature.

2019⁰ 4 - vit D3 Bos



1 1/2 mir xob mir

per v. orde

641⁰²

Rescription 20/14



1 1/2 2 for

7920

1 - Itaplan 1000



582,30

1 m x 2

DR. ARZAZ Meryem
Médicette Générale
Diplôme Universitaire de Pharmacie
Médecin Agréé Permis de Conduire
Meknes - Tél : 05 35 50 09 19

PHARMACIE AZZAZ
CHAFAI Zahia
Docteur en Pharmacie
MEKNES - Tél : 05 35 55 83 02

LOT: M20059
EXP: FEB 2024
PPV: 66,80 DH

LOT: M19148
EXP: OCT 2023
PPV: 66,80 DH

للختيار

LOT : 1201
UT. AV : 05-23
P.P.V : 10 DH 60

PPV: 273DH00

GTIN : 16118001301116

Lot N° : AA99499

EXP : 05/2021

S.N. : FB155629319393



Distribué par :
UNIVERS PHARMACEUTICA
Centre d'Affaires ICHRAK CENTE
Lot. Diamant Vert, Imm. 25, N°5
Lissasfa - Route El Jadida
Casablanca

N° LOT 4595

EXP: 08/23

PPC: 79,90 DH

45 ml

1,7 floz

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription
يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste II - List II - II لائحة

ZENITH Pharma
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

CERTIFICAT N° :

364/34301/2019/UPCHC/DMP20



20 mg

PPV: 64 DH 50

20 ملع

Posologie
notice à l'intérieur.
vue des enfants.
ne dépassant pas

استعمل الجرعة
شرة بالداخل.
الأطفال.
25 درجة مئوية.

Gyno-Dermofix®
Sertaconazole