

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 Alial 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

Nº W19-417940

55680

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	248	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Baitou Rojeumang			
Date de naissance :			
Adresse : Hay el baba 440 Hay Hassani Douar el Hskaa Manz Kella			
Tél. : 0524395337		Total des frais engagés : 800,50 DHS	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>BAITOU Bon Jemai</i>			
Date de consultation : 17/10/2020			
Nom et prénom du malade : BAITOU Bon Jemai			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affection Respiratoire			
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 : *Marrakech* Le *10/10/2020*
Signature de l'adhérent(e) : *A. Baitou*



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/10/1909	600,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/10/2023	1500 hours	2000 H

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	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"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

Dr. MAHMAL Aziz

Professeur

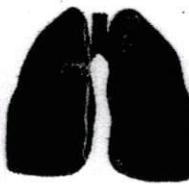
Spécialiste de l'Appareil Respiratoire

Tuberculose, Asthme et Allergie

- Ex. Enseignant à la faculté de Médecine de Marrakech

- Diplômé de la Faculté de Médecine
de Strasbourg (France)

Bronchoscopie, Désensibilisation,
Exploration Fonctionnelle Respiratoire



الدكتور مهمال عزيز

أستاذ

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسى

- البطل - الحضيفة والحساسية

- أستاذ سابق بكلية الطب بمراكش

- خريج كلية الطب بستراسبورغ - فرنسا

التنفسى، فحص الوظيفة التنفسية

في المرض والحساسية والضيق

Marrakech. le: 13/10/2020

BAITOU, Boujemaa

6000

- AZILOZAC 500 \times 3 j
1cp/j

1800 \times 2

- Safflu 250
2 bouffée \times 2/j \times 3 mois

6000

- Osipred 20
2 cp après petit déjeuner \times 1 j

- Vitamine C

2600cp/j

شارع عبد الكرم الخطابي عمارة المهندس بلو B شقة رقم 3 . الطابق 1 جليز مراكش (قرب اسيما جلبي)

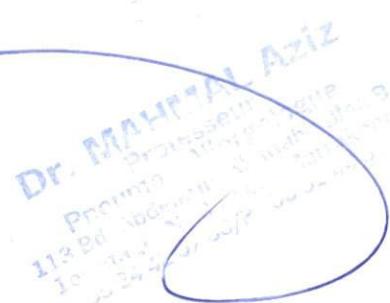
Bd. Abdelkarim Khettabi, Res. Al Mohandis Bloc B, App N° 1, étage (près Acima Guéliz) Marrakech

B: 05 24 42 07 00 P: 06 6144 51 76: ايميل: mahmalaziz@yahoo.fr الهاتف:

بريد إلكتروني: mahmalaziz@yahoo.fr

75,00
- 58,80
16,20
igel soir

415,12
185,00
600,50



Dr. MAHMOUD AZIZ
Practitioner
113 Rd Abdoun St. Amman
Tel: 06-2440000

OraPred® 20 mg

Prednisolone

30 comprimés effervescents

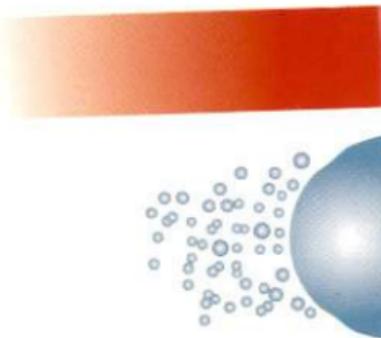
٢٠ ملجم

٣٠ قرصاً مفعلاً

Deva

مختبرات ديفا للصيدلة
ج. واحدي صيدلي مسؤول

الطبقة الخامسة بطنجة - المغرب



6510



أوبـ
أوميبرازول

20 ملجم

LOT : M0344
PER : 03/2022
79,00 DH



مثبط مضخة البروتون
يقلل من إفراز الحمض على مستوى المعدة

28 كبسولة
صامدة للمعدة
لعصارة الفم
عن طريق الفم

ضعف الحيوية - النعامة

Lot N°/Date Per. :

20 قرصاً فواراً

فيتامين س 1000 ملغ

فيتامين س

G

عن طريق الفم



نكهة البرقان

Lot: I2405
Per: 09/23

قرصاً
فواراً

(20)

Composition :

Azithromycine (DCI)..... 500 mg
(Sous forme d'azithromycine dihydraté)

Excipients q.s.p 1 comprimé pelliculé.

Excipient à effet notoire : lactose.

Cet étui contient 3 comprimés pelliculés dosés chacun à 500 mg, soit 1 500 mg d'azithromycine.

Avant toute utilisation, lire attentivement la notice intérieure.

AZIBAC®500 mg 

3 comprimés pelliculés



6 118000 280378

LOT : 20016 PER : 02/2022
PPV : 60,00 DH

AMM N° 217 DMP/21/NNP

Laboratoires **Steripharma**

Z.I Lina N° 347 Sidi Maârouf - Casablanca
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

500 ملغ

عن طريق الفم

أزيبياك®
أزيثروميسين
3 أقراص مغلفة

Cipla
SAFLU

SAFLU 250 microgrammes

Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé
120 doses



6118001101290

RÉCIPIENT SOUS PRESSION :

Ne pas exposer à une chaleur excessive.
Ne pas percer, ni jeter au feu même vide.

25
g



لا يثقب ولا يرمى في النار
ولو فارغا

Propionate de fluticasone _____ / salmétérol

®

SAFLU

LOT: GB00559

PER: 03/2023

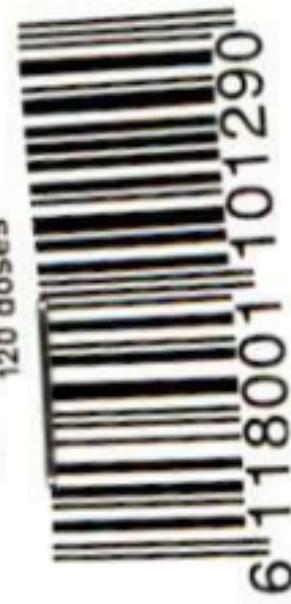
PPV: 185 DH 00

Cipla
Etiquette

Cipla
SAFLU

SAFLU 250 microgrammes

Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé
120 doses



6118001101290

RÉCIPIENT SOUS PRESSION :

Ne pas exposer à une chaleur excessive.
Ne pas percer, ni jeter au feu même vide.

25
g



لا يثقب ولا يرمى في النار
ولو فارغا

Propionate de fluticasone _____ / salmétérol

®

SAFLU

LOT: GB00559

PER: 03/2023

PPV: 185 DH 00

Cipla
Etiquette