

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

M22- 0040905

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5672

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL SAFI Tariq

Date de naissance :

10/12/1957

Adresse :

235 Bd Yacoub El Mawloud

Tél. : 0661321737

Total des frais engagés : 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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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 Faussaire	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'ABD ALLAH Mme LAYASSI TABASSI 213, Bd Jacob El Monsour Casablanca Tel: 05 22 36 15 61	9/10/22	36,20

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 l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

صيدلية الشرق PHARMACIE DE L'ORIENT

Madame Laksassi Tabbara

PHARMACIENNE
DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE
PHARMACIE DE GRENOBLE



213, BD YACOUB EL MANSOUR

TÉL. : 36.75.51

R. C. N° 137.142 CASABLANCA

CASABLANCA LE

09/10/2022

M^{me} ELSAFI Tonra
N^omatricule 5672 DOIT

Quantité	DESIGNATION	P.U.	TOTAL
1	Doliphenine 1g	175	14,00
1	codoliphenine 5g	435	22,20
			36,20

PHARMACIE DE L'ORIENT
Mme LAKHSASSI TABBARA Latifa
213, Bd Yacoub El Mansour, Casablanca
Tél: 0522 36 75 51

18x45x97
6

COMPOSITION

Paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC90 (1111,11 mg) pour un comprimé.

INDICATIONS

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. **Réserve à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans : lire attentivement la "posologie". Pour les moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.**

100025
06/17

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

PPV: 14DH00
P.F.R.: 06/25
LOT: L2042



bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Aïn Séba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

ADULTE
10 Comprimés

Doliprane®
1000 mg
ADULTE
10 Comprimés

Doliprane®
1000 mg
ADULTE
10 Comprimés

bottu s.a.
ADULTE
10 Comprimés



Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE



pour un comprimé
Paracétamol 400 mg
Phosphate de codéine hémihydraté (correspondant à codéine base 15,62 mg) 20 mg

COMPOSITION

Paracétamol

Phosphate de codéine hémihydraté (correspondant à codéine base 15,62 mg)

INDICATIONS

Douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE



bottu s.a.
B2, Allée des Casuarinas - Ain Séba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

100018
06/19

100018
06/19

PPV: 22DH20

PER: 05/24

LOT: L1676

