

# 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 réeducations.
- 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.

**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](http://www.mupras.com)

Nº P19- 0048195

159683

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1047 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

WAKIM KHADIGA

Date de naissance : 08/04/1955

Adresse : Beauséjour, Rue Al Othmani, Les Al Kadri II

Appart. n° 13

Tél. : 0662 246863 Total des frais engagés : 111,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/05/2013

Nom et prénom du malade : Wakim khadiga Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection ore

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 : 08/05/2013

Signature de l'adhérent(e) : K.F

#### **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                                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04/05/2013      |                   | 246<br>70             | 500,00                          | Dr. R. MOU<br>C.G.D. ORL<br>Rue Orléans 22-27-30-35<br>Rue Jean Jaurès 111-133<br>N.P.E. 091113328 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur              | Date            | Montant de la Facture |
|---|-----------------|-----------------------|
| <i>Pharmacie H<br/>L'Isle-les-Bâtons - Beauvais</i> | <i>05/10/23</i> | <i>224,40</i>         |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins          | Coefficient               |  |
|--|--|---------------------------|---------------------------|--|
|   |  |                           |                           | 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  |                           |                           |  |
|  | H<br>25533412<br>00000000  | G<br>21433552<br>00000000 | B<br>35533411<br>11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                           |                           | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|  |  |                           |                           | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |
|  |  |                           |                           | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |



**POLYDEXA®**

SOLUTION  
AURICULAIRE  
GOUTTES

محلول  
 قطرات للأذن

وليديكسا®

بيع

SOLUTION  
AURICULAIRE  
GOUTTES

**POLYDEXA®**

Ne pas avaler



21,80



Tableau A (liste I)

NE PAS AVALER



Z.I. du Sabel - Had Soualem - Maroc  
SIDI BOUZID-HAFRA RECORDATI

**POLYDEXA®**  
SOLUTION AURICULAIRE  
GOUTTES

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241270

دليغ الإستعمال - ملائم الإستعمال

AMM N° 17 DMP/21

INDICATIONS - contre-indications  
PRECAUTIONS D'EMPLOI : Voir notice



Laboratoire

انتظر النشرة داخل العلبة

احفظها في مكان بعيد  
عن المتناول والمسالك

مسافة لا تقل عن 2 زentimètres

من المسكنات والأدوية والدواء

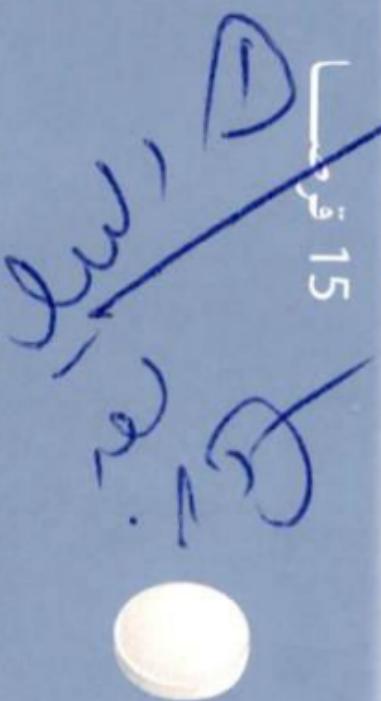
الذين يزيدون عن 2 زentimètres

HISTANORM®  
15 comprimés  
10 mg



هستانورم 10 ملغم  
لوراتادين

لابروfarm  
لابروفارم



HISTANORM® 10 mg 15 comprimés

PPV 400H00 EXP 11/2023  
LOT 10030 1

PUSH

Lot No.: 1142665  
 Date, Fab: 11/2021  
 Date, Exp: 11/2024

03

11

Date d'expiration

Rinoclenil 100 $\mu$ g  
رينوكلينيل 100 ميكروغرام

Rinoclenil

ييل 100 مك

Béclométhasone  
ن دببروبونات

Agiter bien le flaco  
L'utilisation

Attention : avant l'  
attentivement la no  
Tenir hors de la po  
des enfants

La date de pérem  
correspond à une  
correcte du produi  
conditionnement d

Pas de précaution  
de conservation.

بدا قبل الاستعمال

ثرة الداخلية قبل

تناول و مرأى الأطفال

بلدية يتوافق مع

على المنتج في عبوته

خاصة للحفظ



P.P.V. 135DH00

0108000466.01

**Rinoclenil 100 $\mu$ g**

Suspension pour pulvérisation nasale

Distribué par PROMOPHARM S.A.  
Z.I. du Sanei - Had Soualem

No pas dépasser les doses prescrites  
لا تتجاوز الجرعات المحددة

Tableau A (Liste 1)  
جدول 1 (اللائحة 1)

PUSH

chiesi chiesi

62

Béclométhasone dipropionate  
Rinoclenil 100 $\mu$ g  
Béclométhasone dipropionate  
Rinoclenil 100 $\mu$ g



Z.I. du Sanei, Had Soualem-Mabrouk  
Distribué par: PROMOPHARM S.A.

Via San Leonardo 96, 43100 Parma-Italy.  
Fabricato per: Chiesi Farmaceutici S.p.A.



**code**

**AL FARABI**

**مركز فحص وتشخيص أمراض الأذن والحنجرة الفراهي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS**

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA  
TEL : 022 47 20 20 /47 30 30 FAX :022 20 18 85

## NOTE D'HONORAIRES

Le ... 06.105.173

Reçu la somme de

..... 500.000.000 cent, durham

De Mr, Melle, Mme

..... K. MOUFAK ..... W. Akim

Pour consultation ORL (C2) + (K ) pour microaspiration pour  
Bouchon de cérumen

