

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

Rééducation :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opération doivent être jointes à la feuille de soins.
- 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.

N° W21-802367

A 87530

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricle : 011421 Société : RAM			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom : KETTANI Mohammed Tadjeddine			
Date de naissance : 25-11-1951			
Adresse : Rés 9/Firdauss N°3 KM 8,1 Route de Mokra			
Tél. : 06 66 86663 Total des frais engagés : 12,40 Dhs			

Autorisation UNDP N° : A-A-215/2019

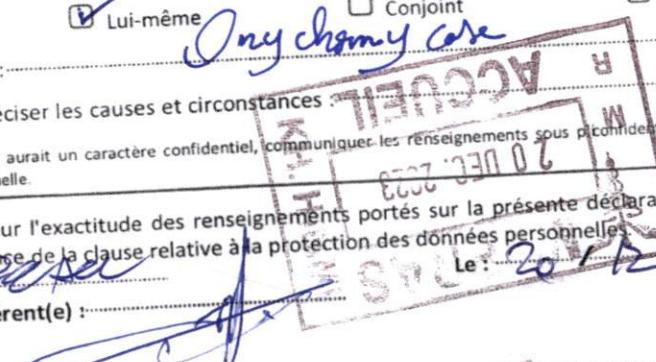
Cadre réservé au Médecin	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Dr Youssef JOUHRI Centre de Santé Jenne El Oued Délegation Médicale de Casa Hay Massani </div>		
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	le 11/12/2023		
Nom et prénom du malade :	KETTANI Mohammed Tadjeddine Age :		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 : 20/12/2023

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
06/12/2025	C		67	INP : 091090506 <i>Signature Médecin</i> <i>Signature Secrétariat</i>

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

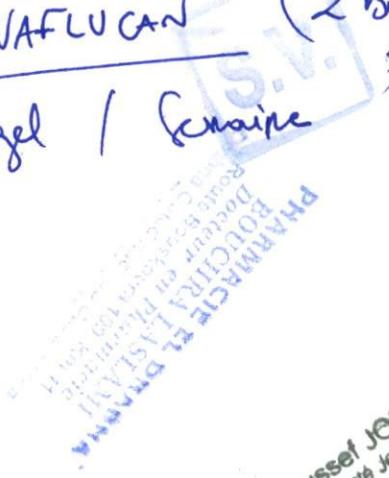
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
 O.D.F. PROTHESSES DENTAIRES				INP : <input type="text"/>												
				Coefficient des travaux <input type="text"/>												
				Montants des soins <input type="text"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin <input type="text"/>												
				Coefficient des travaux <input type="text"/>												
				Montants des soins <input type="text"/>												
				Date du devis <input type="text"/>												
				Date de l'exécution <input type="text"/>												
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession					D	H	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B	G
D	H															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B	G															

Le : 11 Décembre 2023

ORDONNANCE

KEPERIAN: Mohamed Tadjeddine

159,110
① CNAFLUCA 1 (2 botes de 4)
1 gel / Semaine 76,90 d'2



Dr Youssef JOUAHRI
Centre de Santé Jenane Eloua
Délegation Médicale
de Casa Hay Massassi



Composition :

Fluconazole..... 150 mg
 Excipients q.s.p..... 1 gélule
 Excipient à effet notoire : Lactose monohydraté

التركيب :

فلوكونازول..... 150 مل.
 سواع كميةكافية لـ..... 1 كبسولة
 سواع ذات تأثير معلوم : لاكتوز مونوهيدرات

Liste I - Uniquement sur ordonnance

Respecter les doses prescrites

احترم المقدار المعينة

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5

Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable
21, Rue des Asphodèles, Maârif, Casablanca - MarocCANAFLUCAN 150mg
boîte de 4 gélules

6

CANAFLUCAN®

FLUCONAZOLE

150 mg

- Antifongique

LOT : 4613
 PER : 05 - 26
 P.P.V : 76 DH 20



4 Gélules
Voie orale

LABORATOIRES
PHARMA 5
محنتان فوجرا

Composition :

Fluconazole..... 150 mg
 Excipients q.s.p..... 1 gélule
 Excipient à effet notoire : Lactose monohydraté

Liste I - Uniquement sur ordonnance

التركيب :

150 مل.....
 فلوكوتازول.....
 سواغ كمية كافية ل..... 1 كبسولة
 سواغ ذات تأثير معلوم : لاكتوز مونوهيدرات

Respecter les doses prescrites
احترم التدابير المعينة

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5

Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable
 21, Rue des Asphodèles, Maârif, Casablanca - Maroc

CANAFLUCAN 150mg
 boîte de 4 gélules

6118000 091646

CANAFLUCAN®

FLUCONAZOLE

150mg

- Antifongique

LOT : 4613
 PER : 05 - 26
 P.P.V : 76 DH 20



4 Gélules
 Voie orale

LABORATOIRES
PHARMA 5
 5 Laâyoune
 مراكش