

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 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

192154

Déclaration de Maladie : Nº P19- 0021451

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2823 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Boulane Khadija Date de naissance : 1-01-1955

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 91,20 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 :

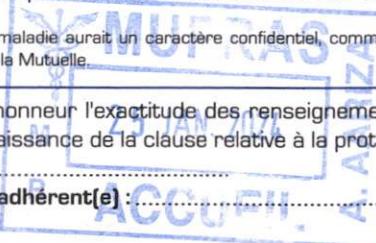
Doul. abd. et lombaire

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) : 

BELEVE 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
14/12/2013	es		G	Capital Universitaire Pré-ASSI 11101320

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14-02-23	 91,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

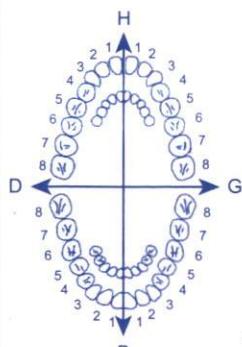
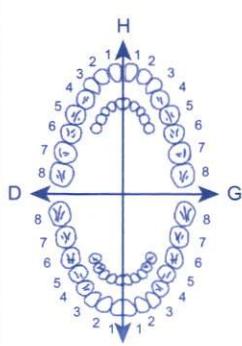
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> </table>			H	D	G	25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	D	G																	
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS															
				DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

14/12/23

Mme

Boulane

KIFASIJIA

25.20.

- Co Parental:



1g + 31j x 15g

33.00 x 2

Néfusfon



1g + 31j x 10g

PHARMACIE RAÏS
DOCTEUR EN PHARMACIE
62, Rue de la Mer Baltique - Ain Diab
Casablanca - Tel: 022 79 80 80

PHARMACIE RAÏS
DOCTEUR EN PHARMACIE
62, Rue de la Mer Baltique - Ain Diab
Casablanca

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
PR EL IDRISI LARSHARI ABDENNAVEUR
Gastro-enterologie digestive interne communautaire
10119620
10119620

Megasfon®
Phloroglucinol

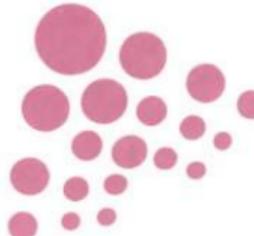
10 comprimés orodispersibles

160 mg

Megasfon®

Phloroglucinol

160 mg



LOT: 6654
PER: 08-25
PPV: 33DH00



كوبارانتال®

باراسيتامول - كوديين

400 ملг / 20 ملг عن طريق الفم

الكبار والراهقين ابتداء من 15 سنة



لابروفنان



COPARANTAL®

400 mg / 20 mg

PPU 25DH20

10 comprimés orodispersibles

Megasfon®
160 mg

voie orale

68*20.95

Composition :

Phloroglucinol (sous forme hydrate).....160 mg
Excipients q.s.p.....1 comprimé
Excipient à effet notoire : Aspartam

التركيب :

فلوغوكلوزول (على شكل هيدرات).....160 قرص واحد
سواغ كمية كافية قرص واحد
سواغ ذات تأثير معلوم : أسيتراتم

1			
Durée	Matin	Midi	Soir

Laboratoires Pharma 5

Zone Industrielle Ouled Saleh - Bouskoura - Maroc
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

AMM : 251/16 DMP/21/NNPR

Megasfon 160 mg
Boîte de 10 comprimés

6118000094869

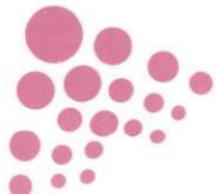
A36070

Megasfon®

Phloroglucinol

160 mg

LOT: 6654
PER: 08-25
PPV: 33DH00



10

comprimés orodispersibles
voie orale

PHARMAT 5

Lire attentivement la notice avant utilisation

Douleurs spastiques de l'intestin, des voies biliaires, de la vessie et de l'utérus
A conserver à une température ne dépassant pas 30°C et à l'abri de l'humidité
Ne pas laisser à la portée des enfants

ابرًا النشرة يتأني قبل الاستعمال
الألم الشنجي في المعدة، المسالك الصفراوية،
المثانة والرحم
يحتفظ بهذا الدواء، في درجة حرارة لا تتعدي
30 درجة مئوية و بعيداً عن الرطوبة
لا يترك هذا الدواء في متناول الأطفال

Fleximat