

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

196991

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3280 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SALHI RABHA

1949 à CASA

Date de naissance :

Adresse : 2 Rue WAD RIS (ex Mouettes)

Ferme Bretonne CASA 02

Tél. : 0669095376 Total des frais engagés : 47,50 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 : CASA

Le : 15/02/24

Signature de l'adhérent(e) : Salhi

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 Formuleur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE D'ISSEE 15 bis, Rue Tanane, Fesmaa Beausejour Casablanca Tél. 52 25 52 63</i>	15/02/2024	47,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth (1 through 16) arranged in a U-shape. The teeth are numbered as follows: 1, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16. A vertical arrow labeled 'H' points upwards, a horizontal arrow labeled 'D' points to the left, and a vertical arrow labeled 'B' points downwards.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie ODYSSEE - Casablanca

AMOR ASMAA

0522255263

15 BIS RUE TANANE FERME BRETONNE, CASABLANCA



Facture N° 20240227-880

Date de vente : 15/02/2024
Médecin traitant :

Salhi Rabha

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
DIFAL 50G 1% GEL GM	1	38,20	TVA (7.00%)	38,20
AUREOMYCINE PD 3% POMMADE DERMIQUE	1	9,30	TVA (7.00%)	9,30

Total HT	44,39 DHS
TVA	3,11 DHS
Total	47,50 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : quarante-sept DHS et cinquante centimes

PHARMACIE ODYSSEE
15 bis Rue Tanane, Ferme Bretonne
Asmaa AMOR
Braus pour Casablanca
Tél. fixe: 0522255263

AUREOMYCINE® 3%

Chlortétracycline chlorhydrate

Pommade dermatique - Tube de 15 g

02/06

120x31x26
8



بروموفارما
PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc

Composition :

Chlortetracycline chlorhydrate 0.45 g
Excipients q.s.p. 15 g

AUREOMYCINE® 3%

Chlortétracycline chlorhydrate
Pommade dermatique - Tube de 15 g

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240051

2CS0013v01

أوريوميسين 3%

كلور تراسيكلين كلوريد هيدرات
مرهم جلدي - أنبوب 15 غ

AUREOMYCINE 3%
Pommade

Composition :

Diclofénac sodique 1 g
Excipients q.s.p 100 g
Tube de 50 g - Usage externe

03/15
Galenica

AMM N° : 04 DMP/21/NNP

DIFAL®

Diclofénac sodique - Gel 1%
Tube de 50 g

P.P.V. : 38,20 DH



6 118000 191353

160x43x30



Usage externe - Ne pas avaler
Conserver à une température inférieure à 25°C.
Tenir hors de la portée des enfants

استعمال خارجي - لا يبلع.
يحتفظ به في أقل من 25 درجة مئوية.
لا يترك في متناول الأطفال

الإرشادات - حالات عدم الاستعمال - المقادير وكيفية الاستعمال: إقرأ البيان داخله.
Indications - Contre-indications - Posologie et mode d'emploi: lire notice intérieure.

يُطبق مع ندليك لطيف مطول فوق المنطقة المؤلمة أو المتهبة حتى الإختراق الكامل
Appliquer par massage doux et prolongé sur la région douloureuse ou enflammée
jusqu'à complète pénétration.

Lot N° / Date Per. :

DIFAL®
diclofénac sodique
Gel 1% - Tube 50 g



Tube de 50 g

Inflammation des muscles et des articulations
Douleurs rhumatismales

Usage externe

EDFO71V1