

# 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.

## Diagnostique 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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19-0027505

ND: 14 366

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03068 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ELATROUS Reddad  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 000 / / Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : BARBA Khalidj Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : HTA, F. myo.  
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) :





# RELEVÉ 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
5/12/19				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HANK 092024017	05/12/19	27080

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>			<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
35533411	11433553																	
B																		
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

# ORDONNANCE

CASA Le: 5/12/19

BABA Khadim

122,10 x 2.

1) Trietec T-S 403

1 cp 1j

31,60

2) paraf 1 cp 2x1

1 cp

275,80



PHARMACIE EL HANK  
Dr LAMHABT Afaf  
Imm 36 Local 16 El Hank - CASA  
Tél: 0522 94 94 22  
ICE: 00197 199 7 9000 60



Dr. LAMHABT Afaf  
Médecin Généraliste / S El Hank  
Délégation Préf. - arale Casa-Anfa

# Pevagine®

Nitrate d'Econazole

## Composition :

Pro
Composition
Nitrate d'Econazole
Excipients q

## Propriétés :

Nitrate d'Econazole est un dérivé imidazole possédant un spectre d'action extrêmement large sur pratiquement tous les champignons et bactéries gram positif.

## Indications :

Pevagine est indiqué dans le pityriasis versicolore, les dermatophytoses de la peau glabre et des plumes. Pevagine ovules est indiqué dans le traitement des mycoses vaginales, surinfectées ou non par des bactéries. Son activité sur les bactéries gram+ en indique l'usage en monothérapie dans les dermatomycoses surinfectées.

## Contre-indications :

Hypersensibilité au nitrate d'econazole.

## Effets indésirables :

Rares: sensation de brûlures, prurit et rougeur de la peau.

## Posologie :

- Crème dermique : application matin et soir en massage doux jusqu'à pénétration complète.
- Ovules gynécologiques : 1 Ovule à introduire profondément dans le vagin le soir au coucher.

## Présentations :

- Crème dermique : tube de 30 g à 1% en nitrate d'éconazole.
- Ovules gynécologiques : boîte de 3 ovules gynécologiques dosées à 150mg.

Crème: A conserver à une température inférieure à 25°C.

Ovules: A conserver à une température inférieure à 30°C.

# TRIADEC®

1,25 mg, 2,5 mg, 5 mg, 10 mg

Ramipril

Comprimé

sanofi aventis

Cette notice étant régulièrement remise à jour, il convient de la lire attentivement avant d'utiliser une nouvelle boîte. Pour toute question ne pas hésiter à contacter votre médecin ou pharmacien.

## COMPOSITION

TRIADEC® 1,25 mg : Ramipril ..... 1,25 mg/comprimé.

TRIADEC® 2,5 mg : Ramipril ..... 2,5 mg/comprimé.

..... 5 mg/comprimé.

..... 10 mg/comprimé.

oxypropylméthylcellulose, amidon de maïs

ristalline, stéaryl fumarate de sodium, oxyde de

(mg), oxyde de fer rouge (pour TRIADEC® 5 mg).

## T PRÉSENTATIONS

és dosés à 1,25 mg, boîte de 30.

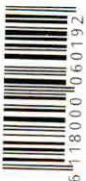
s dosés à 2,5 mg, boîte de 30.

dosés à 5 mg, boîtes de 15 et 30.

primés dosés à 10 mg, boîtes de 15 et 30.

TRIADEC® 5mg

30 Comprimés



6 118000 060192



- Réduction de la mortalité en cas d'insuffisance cardiaque après la phase aiguë d'un infarctus du myocarde.

- Néphropathie

- Début de néph

du type II et d'

- Maladie vascu

type II) : préve

cérébral ou des

## CONTRE-INDICA

- Hypersensibilité

122,10





# TRIADEC®

1,25 mg, 2,5 mg, 5 mg, 10 mg

Ramipril

Comprimé

sanofi aventis

Cette notice étant régulièrement remise à jour, il convient de la lire attentivement avant d'utiliser une nouvelle boîte. Pour toute question ne pas hésiter à contacter votre médecin ou pharmacien.

## COMPOSITION

TRIADEC® 1,25 mg : Ramipril ..... 1,25 mg/comprimé.

TRIADEC® 2,5 mg : Ramipril ..... 2,5 mg/comprimé.

..... 5 mg/comprimé.

..... 10 mg/comprimé.

oxypropylméthylcellulose, amidon de maïs

ristalline, stéaryl fumarate de sodium, oxyde de

(mg), oxyde de fer rouge (pour TRIADEC® 5 mg).

## T PRÉSENTATIONS

és dosés à 1,25 mg, boîte de 30.

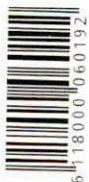
s dosés à 2,5 mg, boîte de 30.

dosés à 5 mg, boîtes de 15 et 30.

primés dosés à 10 mg, boîtes de 15 et 30.

TRIADEC® 5mg

30 Comprimés



6 118000 060192



- Réduction de la mortalité en cas d'insuffisance cardiaque après la phase aiguë d'un infarctus du myocarde.

- Néphropathie

- Début de néph

du type II et d'

- Maladie vasc

type II) : préve

cérébral ou des

## CONTRE-INDICA

- Hypersensibilité

122,10

