

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.

Biologie 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.

Prothèse 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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 052402

ND: 31784

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10059 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DRISS HIRCHY

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0655358345 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : GHIZALA HABIB Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



8



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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient											
				Coefficient des travaux										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>G 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	G 00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
D 00000000	G 00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis											
			Fin d'exécution											

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 17 / 0060610		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 17 / 0060610

DATE DE DEPOT

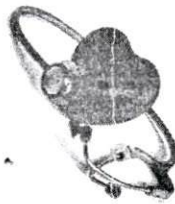
/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adhérent														
Nom & Prénom Jouis Rirchy																	
Fonction 10059	Phones 0655352345																
Mail																	
MEDECIN	Prénom du patient GHZALA HABIB		Date 23/06/2020 Date 1ère visite														
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 62 ans																
Nature de la maladie																	
Arthrose																	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nature des actes</th> <th>Nbre de Coefficient</th> <th>Montant détaillé des honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Canalisation</td> <td></td> <td>1500H</td> </tr> </tbody> </table>				Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	Canalisation		1500H								
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires															
Canalisation		1500H															
PHARMACIE	Date 23.06.2020		Cachet de la Pharmacie PHARMACIE IMAD 122, Lot. Nouv-Deroua Tel.: 05 22 58 21 92														
Montant de la facture	145,40																
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date															
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires																
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date 30/06/2020	Cachet de la Pharmacie PHARMACIE IMAD 122, Lot. Nouv-Deroua Tel.: 05 22 58 21 92														
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV							
Nombre				Montant détaillé des Honoraires													
AM	PC	IM			IV												

Dr.Smail MALKI

Médecin généraliste

Lauréat de la faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca.
Ancien Médecin interne à l'hôpital
Périphérique de Berrichid.



الدكتور اسماعيل المالكي

طبيب عام

خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الإقليمي
ببرشيد

ORDONNANCE

DEROUA, le : 23-09-2022

GHZALA

HABIB

58,40

1/ Effipal 2mg

3cp matin & 5jrs

89,00

2/ Al Ladum BC 3 - 1mm

145,40

1/ mm'f

PHARMACIE IMAD
122, Lot Nour-Deroua
Tél: 05 22 53 21 92

Dr.Smail MALKI
Médecin général
Lot Chabab 1, N°102-Deroua
TL: 05.22.03.43.28

EFFIPRED®

(Prednisolone)

PRESENTATIONS

- Boîte de 30 comprimés effervescents à 5 mg
- Boîte de 20 comprimés effervescents à 20 mg

COMPOSITION

- Comprimés effervescents à 5 mg
Prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium).....5 mg
Excipient qsp.....1 comprimé effervescent
- Comprimés effervescents à 20 mg
Prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium).....20 mg
Excipient qsp.....1 comprimé effervescent

PROPRIETES

EFFIPRED® est un glucocorticoïde à usage systémique, utilisé principalement pour ses propriétés antiinflammatoire, antiallergique et immunodépressive.

INDICATIONS

Affections rhumatologiques, respiratoires, ORL, ophtalmologiques, neurologiques, néphrologiques, néoplasiques, infectieuses, hématologiques, endocriniennes, digestives, dermatologiques, et dans les connectivites et collagénoses.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

- Se conformer strictement à la prescription du médecin.
- Prendre les comprimés dissous dans un verre d'eau au cours des repas, de préférence en une prise le matin.

CONTRE-INDICATIONS

- Tout état infectieux non traité par antibiotiques ou antimicrobiens
- Certains
- États ps

PRECAUTIONS En cas de traitement

- Observer le calcium
- Réduire la consommation de sodium
- Ne jamais arrêter brutalement le traitement mais diminuer progressivement les doses en suivant la prescription du médecin

EFFIPRED®

20 Comprimés effervescents 20 mg



6 118000 031369

EFFIPRED® 20 mg

PPV 58DH40
EXP 11/2022
LOT 98025 3

Relaxium[®]
B6
300 mg
30 GÉLULES

Relaxium[®] — B6

300 mg



1 gélule par jour

magnésium
vitamine B6

COMPLEXE RELAXANT

LOT : 200 113
DLUO : 03/2023
87,00DH



146-147 Zl. Tit Mellil - Casablanca

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAJDI Pharmacien Responsable

VOIE ORALE
30 GÉLULES