

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.

Diagnostic 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.

Educations :

- 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.

Maladie chronique :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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



54556

Déclaration de Maladie : N° P19-0020687

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 823 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHIAM, Melda Date de naissance : 25/6/62
Adresse :
Tél. : 0661344798 Total des frais engagés : 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 :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Vieux Marocain</i> <i>Mohamed V. Hay AL Andalous</i> <i>N°7 - TEMARA</i> <i>Tél: 05 37 64 12 18</i>	14/10/2020 14/10/2020	66,30 33,20

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
		AM	PC	IM	IV	

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		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
	MONTANTS DES SOINS				
	DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
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'EX

Pharmacie vieux marocain

Av. mohammed vi hay al andalous n : 7 temara tel : 0537641218

Patente n : 26913062 R.C : 56942

ICE = 001843758000001

Facture n :

Client :

désignation	Prix.U	quantité	total
pevaryl spray	66,30	1	66,30
bétadine rouge	16,60	2	33,20
total			99,50

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Al Zenata Ain sebaa Casablanca
Pevaryl 1% sol pulv. 30g
P.P.V : 66,30 DH
5 116001 18196-

Cachet date et signature : 14/10/2020

ICE = 001843758000001

Pharmacie Vieux marocain
Av. Mohamed VI, Hay AL Andalous
N°7 - TEMARA
Tél 0537 64 12 18

Laboratoires LAPROPHAN S.A.
21, rue des Oudaya - Casablanca
Fabrique au Maroc sous licence des
Laboratoires MEDA

Ne pas laisser à la portée des enfants

لا يترك في متناول الأطفال

مستقي من مركب زئبقية
الجمع في واحد مع مضاد للتشنج
الطفل أقل من 6 سنوات
عامة :
عبرها لا يجب استعمال هذا الدواء في
إحباطات الإستعمال :
أكثر حسب تعليمات الطبيب.
أو نسل اليوم 4 مرات في اليوم أو
1 إلى 2 ملاعق قهوة في رأس ما، دافئ
كيفية الإستعمال :
الرضاعة :
الناحية والناحية من الحبل.
الجرعة الإستعمال لمدة أربعة إلى ستة
الجرعة والرضع أقل من شهر واحد.
الرضع والأطفال أقل من شهر واحد.
الرضع :
سواء حساسية لأحد المكونات و خاصة
موانع الإستعمال :
الربو (مطلقا)
هذا الدواء مضاد للتشنج (يحوي على
دواء الإستعمال :

MEDA

NE PAS AVALER

Flacon de 125 ml

FONGICIDE

BACTERICIDE

ANTISEPTIQUE

Betadine[®]
Polyvidone Iodée
solution pour bain de bouche



Betadine[®] 10 g
bain de bouche 125 ml

FORMULE :
Polyvidone Iodée 10,00 g
Excipients : glycérol à 85 pour cent,
hydroxyde de sodium, eau purifiée.
Pour 100 ml de solution.
INDICATIONS :
Ce médicament est une solution
antiseptique (contenant de l'Iode)
pour bain de bouche.
C'est un traitement local d'appoint
des infections de la cavité buccale et
il permet les soins post-opératoires
en stomatologie.
CONTRE-INDICATIONS :
- Antécédent d'allergie à l'un des
constituants, en particulier la
povidone.
- chez le nouveau-né prématuré et le
nourrisson de moins d'un mois ;
- de façon prolongée pendant le deuxième
et le troisième trimestre de la
grossesse ;
- en cas d'allaitement.
MODE D'EMPLOI :
1 ou 2 cuillères à café dans un verre
d'eau tiède, en baignade de bouche, 4
fois par jour ou plus selon avis
médical.
PRECAUTIONS D'EMPLOI :
Ce médicament NE DOIT
GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE
UTILISÉ :
- chez l'enfant de moins de 6 ans,
- en association avec les antiseptiques
dérivés du mercure.

تبييض من 125 ملل

مضاد التشنج
مضاد الجراثيم
مضاد البظر

بتادين[®]
محلول مطهر الفم
بروتينات لزوجي

PPV 210H30 EXP 03/2023
LOT 03046 2

Betadine[®]
Polyvidone Iodée
solution pour bain de bouche