

# 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.

## Pathologie 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 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0042306

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12.09 Société : 44909

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DERKAOUI MALIKA

Date de naissance : 7/7/65

Adresse :

Tél : 06 07 16 87 76 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/08/2020

Nom et prénom du malade : DERKAOUI MALIKA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION DIGESTIVE

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
10.08.20	Prothèse dentaire			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/08/20	867.00

# 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

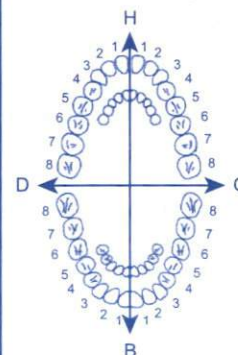
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

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

## 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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
G	
B	

Coefficient des Travaux

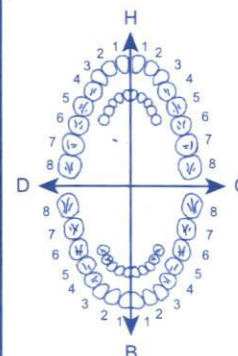
Montants des Soins

## (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Date du Devis

Date de l'Execution



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie

D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"

Echographie et Endoscopie Digestives

D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"

D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"

Proctologie Médicale et Chirurgicale

## الدكتورة سلوى ندير

أستاذة جامعية سابقا بكلية الطب

ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي

التشخيص بالمنظار والصدى

أمراض وجراحة الشرج

Casablanca, le 10/09/2020 في الدار البيضاء،

Mme Deskaoui Malika

prendue :

- TEFOVIR

289.00 x 3 1 comprimé par jour, après le repas pendant  
3 mois (3 Boîtes)

867.00

STE PHARMACEUTIQUE  
CASABLANCA  
Lot 64  
Bd. Hafatouh 6 N° 3 Lot 64  
Casablanca - Tél: 05 22 93 10 28

Professeur Salwa Nadir  
Hépatite-Gastro-entérologie  
Proctologie Médicale et Chirurgicale

En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4<sup>ème</sup> étage N°10 - Tél. : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - رقم 10، شارع مولاي إدريس الأول، الطابق 4،  
Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibokeita - Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 85 14 14 - الهاتف : 728، شارع مودي بوكيتا، الدار البيضاء - مصحة دار السلام

E-mail : salwanadir@yahoo.fr : البريد الإلكتروني - Site web : www.prnadirsalwa.com/www.prnadirsalwa.ma : الموقع الإلكتروني



30 comprimés pelliculés

Tefovir® Pharma 5 300 mg

AMM : 218 DMP/21/NNP

# Tefovir® Pharma 5

Ténofovir disoproxil fumarate

300 mg

LOT 7711  
PER 01-22  
PPU 289 DH

Voie orale  
**30** Comprimés pelliculés

PHARMA 5

## Composition :

Ténofovir disoproxil fumarate..... 300 mg  
Excipients q.s.p..... 1 comprimé  
Excipient à effet notoire : lactose monohydraté

التراكيب :

تيفوفير ديزوپروكسيل فومارات..... 300 ملغ  
سواغ كمية كافية ل..... 1 قرص  
سواغ كمية كافية ل..... 1 قرص

سواغ كمية كافية ل..... 1 قرص



**Tefovir® Pharma 5 300 mg**

**Tefovir<sup>®</sup> Pharma 5**

## Ténofovir disoproxil fumarate

**300 mg**

LOT 7711  
PER 01-22  
PPU 289 DH

**30** Voie orale  
Comprimés pelliculés

**PHARMA5**

**Composition :**  
Ténofovir disoproxil fumarate..... 300 mg  
Excipients q.s.p..... 1 comprimé  
Excipient à effet notoire : lactose monohydrate



30 comprimés pelliculés

Tefovir® Pharma 5 300 mg

AMM : 218 DMP/21/NNP

# Tefovir® Pharma 5

Ténofovir disoproxil fumarate

300 mg

LOT 7711  
PER 01-22  
PPU 289 DH

Voie orale  
**30** Comprimés pelliculés

PHARMA 5

## Composition :

Ténofovir disoproxil fumarate..... 300 mg  
Excipients q.s.p..... 1 comprimé  
Excipient à effet notoire : lactose monohydraté

التراكيب :

تيفوفير ديسوپروكسيل فومارات..... 300 ملغ  
سواغ كمية كافية ل..... 1 قرص  
سواغ كمية كافية ل..... 1 قرص

سواغ كمية كافية ل..... 1 قرص