

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Consignes 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.

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

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.

Espace Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
25 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19-0047575

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5435 Société : R. AM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHEYOUNY, Mohammed

Date de naissance : 03/03/51

Adresse : 58, Rue BOUC FARIS

Tél. : 0661412143 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 : Cas

Le : 27/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE UNIVERSELLE CASA SARL AU 398, Bd Brahim Rondani Casablanca Tél: 0522.25.31.42 | 11/11/2020 | 152,00 |

[illegible]

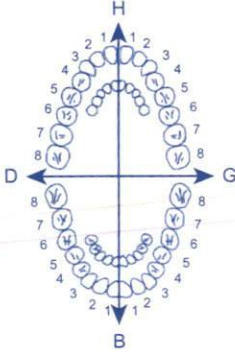
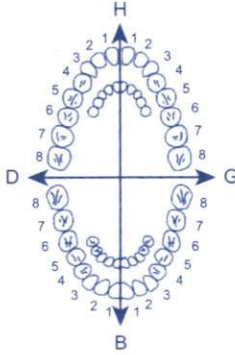
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

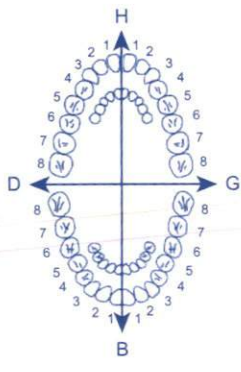
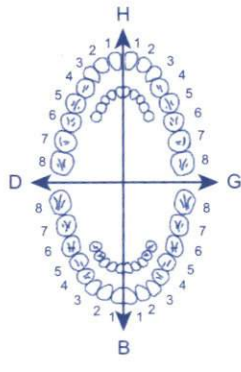
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td align="center" colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td align="center">25533412</td> <td align="center">21433552</td> </tr> <tr> <td align="center">00000000</td> <td align="center">00000000</td> </tr> <tr> <td align="center">D</td> <td align="center">G</td> </tr> <tr> <td align="center">00000000</td> <td align="center">00000000</td> </tr> <tr> <td align="center">35533411</td> <td align="center">11433553</td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="2">B</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|--|---------------------|-------------|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> G 11433553 </div> </div> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

| Quantité | Désignation | P. U. | TOTAL |
|---|---------------|-------|--------|
| 2 | Bisfine 70/Gm | 76,00 | 152,00 |
| <p style="text-align: center;">PHARMACIE UNIVERSELLE CASA SARL AU 398, Bd Brahim Rouhani Casablanca Tél: 0522.25.31.42</p> | | | |
| Arrêtée la Facture à la somme de..... | | | |

BIAFINE®

TROLAMINE

بيافين
ترولامين



EMULSION

POUR APPLICATION
CUTANÉE

مستحلب
للمسح على الجلد

المواد الفاعلة في التركيبة
ترولامين 0,670 غ في كل 100 غرام من المستحلب
المعد للمسح على الجلد

المواد المساعدة

ستيرات الإيثيلين غليكول،
حمض ستيريك، بهينات السيل،
بارافين جلد، بارافين سائل،
برهيدرو سكالين، زيت أفكانو،
الجينات الترولامين والصوديوم،
عطر بيرباتون، ماء طاهر.

المواد المساعدة الواجب التنبيه إلى وجودها
بروبيلين غليكول

سوربات البوتاسيوم

باراهيدرو سي بنزوات

الميثيل الصودي (E219)

باراهيدرو سي بنزوات

البروبيل الصودي (E217)

الشكل الصيدلي والمحتوى

مستحلب للمسح على الجلد.

أنبوب يحوي 186 غ.

كيفية الاستعمال وطريق الأخذ

عبر الجلد.

اقرأ النشرة الإعلامية قبل الاستعمال.

تحذير هام

الحفظ بعيدا عن متناول

ويعصر الأطفال.

تحذير بخصوص الحفظ

لا تحفظ هذا الدواء في مكان تتدفق فيه

درجة الحرارة تحت الصفر.

الشركة المالكة / المستغلة

JOHNSON & JOHNSON SANTÉ BEAUTÉ FRANCE

1 RUE CAMILLE DESMOLINS

92130 ISSY-LES-MOULINEAUX

اسم وغوان الشركة المصنعة

JANSSEN CIAC

DOMAINE DE MAIGREMONT

27100 VAL DE REUIL.

TUNISIE AMM 11283012

MAROC AMM N° 27DMP/21/NTT

378044D



6 118001 151264

76,00 DHS
Prix Public de Vente

Maroc

BIAFINE®

TROLAMINE

بيافين
ترولامين



EMULSION

POUR APPLICATION
CUTANÉE

مستحلب
للمسح على الجلد

المواد الفاعلة في التركيبة
ترولامين 0,670 غ في كل 100 غرام من المستحلب
المعد للمسح على الجلد

المواد الموصفة

ستيرولات الإيثيلين غليكول،
حمض ستيريك، بهميئات السيليل،
بارافين جلد، بارافين سائل،
برهيدرو سكالين، زيت أفكانو،
الجينات الترولامين و الصوديوم،
عطر بيرباتون، ماء طاهر.

المواد الموصفة الواجب التنبيه الى وجودها

بروبيلين غليكول

سوربات البوتاسيوم

باراهيدرو سي بنزوات

الميثيل الصودي (E219)

باراهيدرو سي بنزوات

البروبيل الصودي (E217)

الشكل الصيدلي والمحتوى

مستحلب للمسح على الجلد.

أنبوب يحوي 186 غ.

كيفية الاستعمال وطريق الأخذ

عبر الجلد.

اقرأ النشرة الإعلامية قبل الاستعمال.

تحذير هام

الحفظ بعيدا عن متناول

و بصبر الأطفال.

تحذير بخصوص الحفظ

لا تحفظ هذا الدواء في مكان تتدفق فيه

درجة الحرارة تحت الصفر.

الشركة المالكة / المستغلة

JOHNSON & JOHNSON SANTÉ BEAUTÉ FRANCE

1 RUE CAMILLE DESMOLINS

92130 ISSY-LES-MOULINEAUX

اسم وغوان الشركة المصنعة

JANSSEN CILAG

DOMAINE DE MAIGREMONT

27100 VAL DE REUIL.

TUNISIE AMM 11283012

MAROC AMM N° 27DM/P21/NTT

378044D



6 118001 151264

76,00 DHS
Prix Public de Vente

Maroc