

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.

Education :

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.

Orthopédie :

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 Chronique 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



48 661

Déclaration de Maladie : N° S19- 0003084

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2273 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Y. Belghiti A

Date de naissance : 19/09/1981

Adresse :

Tél. : 066198559 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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) :

RELEVE 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
	20/07/2020	45,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

RELEVE 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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



PHARMACIE IBN TAIMIA
LOT ALADARISSA N°119 SIDI MAAROUFCASA

PHD MICROBIOLOGIE
DEUSt Dermopharmacie et Cosmetologie
DEUS Pharmacie Clinique

R.C :337980 Patente:36102085
T.V.A :77300610 C.N.S.S:2300771
Banque:013780010710002170014148
Tél :0522335225

Le 10/11/2020

FACTURE N°254281

N° ICE : 001683360000085

N° IF : 77300610

BELGHITI A

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	BAYCUTENE CREME	22,70	22,70	1,49	7,00
1	OMIZ 20MG 7 COMP	22,50	22,50	1,47	7,00

TOTAL T.T.C :

45,20

Nbr Articles	TVA 7% Base :	45,20	Montant :	2,96	TVA 20% Base :		Montant
---------------------	----------------------	--------------	------------------	-------------	-----------------------	--	----------------

*Arrêté la présente facture à la somme de :
Quarante Cinq dirhams et 20 centimes.*



- Baycutedine® N crème : tube de 15 g de crème
- Formes et présentations
- Composition : Baycutedine® N, crème pour application locale 100 g de crème contenant 1 g de clotrimazole.
- Excipients : Alcool benzylique, Alcool cétostéarylique, triglycérides à chaîne moyenne, Hostaphat KW et l'eau purifiée.
- Classe Pharmaco-thérapeutique
- Associations d'un corticoséroïde et d'un antifongique imidazole à large spectre d'action.
- Indications
- Baycutedine® N crème est préconisée dans les infections fongiques cutanées à composante anti-inflammatoire importante.
- Le traitement par Baycutedine® N crème est contre-indiqué en cas de :
- Hypersensibilité à l'alcool cétostéarylique ou à l'un des autres composants,
 - Infections cutanées spécifiques (syphilis, tuberculose),
 - Affections cutanées spécifiques d'origine virale (herpes, rosacée),
 - Réaction à la vaccination antivariolique,
 - Dermatite peribuccale,
 - Pansement occlusif en cas d'eczéma atopique,
 - Durant le premier trimestre de la grossesse.
- Contra-indications
- Baycutedine® N crème est contre-indiquée en cas de :
- Hypersensibilité au clotrimazole,
 - Les autres.

Anti-éczémateur.

Association d'un corticoséroïde et d'un antifongique imidazole à large spectre d'action.

Baycutedine® N crème est préconisée dans les infections fongiques cutanées à composante anti-inflammatoire importante.

Indications

Le traitement par Baycutedine® N crème est contre-indiqué en cas de :

- Hypersensibilité à l'alcool cétostéarylique ou à l'un des autres composants,
- Infections cutanées spécifiques d'origine virale (herpes, rosacée),
- Affections cutanées spécifiques (syphilis, tuberculose),
- Réaction à la vaccination antivariolique,
- Dermatite peribuccale,
- Pansement occlusif en cas d'eczéma atopique,
- Durant le premier trimestre de la grossesse.

Contra-indications

Baycutedine® N crème est contre-indiquée en cas de :

- Hypersensibilité au clotrimazole,
- Les autres.

LOT :

PER :

PPV :

06/95

Baycutedine

