

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Éducation :

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

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



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 0045150

MD = 24 1 64

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4675 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : S (All) Fathia Boulma

Date de naissance : 19.12.49

Adresse : 13 Rue Kabbach El Hedi Tanger - CASABLANCA

Tél. : 0661424668 Total des frais engagés : 65 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/01/2020

Nom et prénom du malade : Fatima Ezzinehia Sallay Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Prostate

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 : CASABLANCA Le : 09 MARS 2020

Signature de l'adhérent(e) : *Sallay*

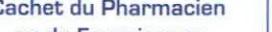


ACCUSÉ LE 27/01/2020

## **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
27/11/2020	c	-	0	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Dr. Samira EL MUSALAMI</b> 13, Bis, Rue de Rome Résidence NORA Casablanca - Tél.: 05 22 29 75 45	27/01/2020	397,70

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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 :**

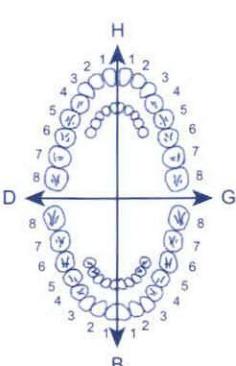
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ostéodensitométrie.

O.D.F  
PROTHESES DENTAISES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

#### **[Création, remont, adjonction]**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ORDONNANCE

Le : 27/1/2020

Dr Fabre - Enzaehra Scally

138,30

Aug + 500/62,50mg N.F.S

3 CP C

67,90 Touded sarop

seen - 3x 1 j

30,00

Touded gel.

leg. en piste

1,5

52,80

Ketum - gel

100 C's

1,5

1,5

54,10 x 2

Dr. Samira EL MOSALAMI

13, Bis Rue de Rome Résidence NORA  
Casablanca - Tél: 05 22 29 75 45

PHARMACIE JARDIN ISÉSCO

Dr. Samira EL MOSALAMI

13, Bis Rue de Rome Résidence NORA  
Casablanca - Tél: 05 22 29 75 45

398128



صيدلية منتزه الإيسسكو

PHARMACIE JARDIN ISESCO  
Dr. Samira EL MOSALAMI  
13, Bis Rue de Rome Résidence NORA  
Casablanca - Tél: 05 22 29 75 45

GROSSISTE  
CIS / LISSASSSE

60 g de gel à 2,5% application locale

LOT : 908  
PER : JUL 2021  
PPV : 52 DH 80



Indications, contre-indications, précautions d'emploi : Lire attentivement la notice. Ne pas laisser à un enfant de moins de 2 ans. Ne pas administrer à une personne souffrant d'insuffisance cardiaque ou d'hypertension artérielle. Ne pas administrer à une personne souffrant d'insuffisance rénale ou d'insuffisance hépatique. Ne pas administrer à une personne souffrant d'ulcère gastroduodenal ou d'ulcère de l'estomac. Ne pas administrer à une personne souffrant d'ulcère de l'estomac ou de l'intestin grêle. Ne pas administrer à une personne souffrant d'ulcère de l'estomac ou de l'intestin grêle. Ne pas administrer à une personne souffrant d'ulcère de l'estomac ou de l'intestin grêle.

PPV : 138,30 DH  
LOT : 593951  
PER : 09/20

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance

IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél  
PPV 30DH 50  
LOT 5-MAR20  
PER 08/2020



6 118000 010845

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651  
Distribué par COOPER-PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651  
Distribué par COOPER-PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

LOT 052758/FC4  
04/2022 PPC 67,90

Kotex sirop