

## 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.

### Radiologie 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.

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

N° W19-462073

63362

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	6839	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENJELLOUN OMAR			
Date de naissance : 01/06/64			
Adresse : 9 Bis Rue Isd Benie CL CASA			
Tél. :	066116417	Total des frais engagés :	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : M / 31 / 21			
Nom et prénom du malade : BENJELLOUN NEFATTA (épouse)			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Mycosis			
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01 / 03 / 21



### 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
11/3/21	C	<i>Beatait</i>	INP : 09 10 81 46 5	Professeur Driss HAMOUDI Anesthésiste Réanimateur CHU. Ibn Rochd Casablanca

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA SOURA Dr. EL MOUMMI MOUNA 6-7 Rue Al Masserouda CII - Casablanca Tél: 23.36.24.85 / 05.22.36.20.60	11/03/21	217.30

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

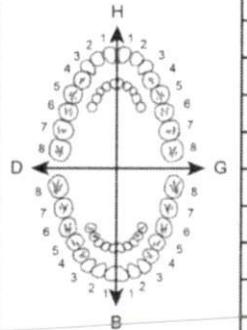
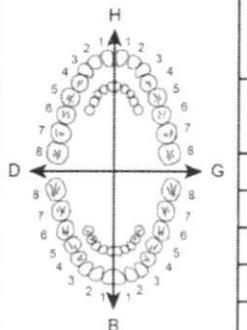
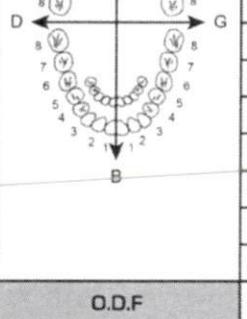
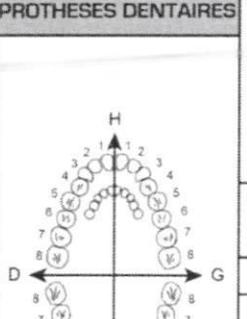
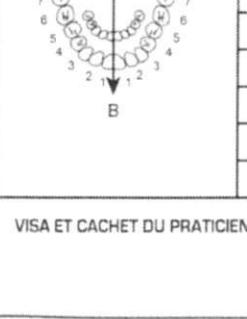
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>												
	<b>MONTANTS DES SOINS</b>												
	<b>DEBUT D'EXECUTION</b>												
	<b>FIN D'EXECUTION</b>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
G													
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>												
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>	<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>												

صيدلية المينج

## Pharmacie La Source

El moumni Mouna  
Docteur en Pharmacie  
Diplômée de la Faculté  
de Médecine et de Pharmacie de Rabat



PHARMACIE  
LA SOURCE

Date 11/03/2021

Facture 10940

Facture

D<sup>r</sup> M<sup>e</sup> BENNAWI Neftcha

Quantité	Désignation	P.P.M.	TOTAL
1	Rynafol 15% 1L	24,00	24,00
1	Rynafol 15% 1L	22,40	22,40
1	Metaderm Sach	84,20	84,20
1	Perm. fix Glutin	86,70	86,70

217,30

Métez ce présente facture  
à la Comme de deux cent Dix Septs  
dirhame et trente certimes

PHARMACIE  
Dr. EL MOUANI LA SOURCE  
6-7 Rue Ain Asserdoune  
Casablanca  
Tél. 05 22 36 24 85 / 05 22 36 26 69

EC 000 809 11 00000 79

7, Rue Ain Asserdoune - C.I.L - CASABLANCA

Tél. : 05 22 36 24 85 - R.C : 293572 - N° Pat. : 34812010

LA SOURCE 09 26 38 710

# ORDONNANCE

Professeur Driss HAMOUDI  
Anesthésiste Réanimateur  
CHU. ibn Rochd - Casablanca

Maphar  
Bd. Jikimia N° 6, QI.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Ketoderm 2% gel b6 sachet.  
P.P.V : 84,20 DH

6118001 181490

Cabex Le : 11/8/21

Hme Benmerci Neftakha -

①

Hymezol 150mg  
46,40 24.07.2024

PHARMACIE LA SOURCE  
Dr. EL MOUMNI MOUNA  
6-7 Rue Ain Asserdoune  
CIL - Casablanca

Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69

②

84,2

Dermofix gel.

- Douche
- puis appliquer sur la corps
- Attention le soir
- puis se rincer -

③

86,0  
217,3

PHARMACIE LA SOURCE  
Dr. EL MOUMNI MOUNA  
6-7 Rue Ain Asserdoune  
CIL - Casablanca

Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69

Professeur Driss HAMOUDI  
Anesthésiste Réanimateur  
CHU. ibn Rochd - Casablanca

# Mynazol®

FLUCONAZOLE

150 mg

1 gélule

Voie orale

Lot N° :

Exp :

PPV :

PPV : 22 DH 40





Voie topique  
Solution à 2%  
30 ml

Sertaconazole

Dermofix® 2%  
Solution

07/98



# Mynazol®

FLUCONAZOLE

150 mg

1 gélule

Composition :

Fluconazole ..... 150 mg

Excipients (dont lactose) q.s.p ..... 1 gélule

Lire attentivement la notice avant utilisation

€4,00

