

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° W21-609522

Age : 70 ans

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2305

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUARAZI Zainab

Date de naissance :

16-06-1952

Adresse :

Habituelle

Tél. :

06 60 366454 Total des frais engagés :

44100 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDDP N° : A-A-215/2019

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
				INP : []

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
TELEPHARMACIE AIZI - Pharmacie INTERCURE	12/12/11	44,40

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

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

H

D 00000000 00000000
35533411 11433553

B

G

25533412 21433552
00000000 00000000

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
D	00000000
B	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'EXECUTION



PHARMACIE MERCURE

Docteur Selma TAZI

Page :1

FACTURE

N° FACTURE :30063
Date :11/05/2021

Client: NOURIAZIZ Naïma

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
BIAFINE EMULSION PM	1	44.00	44.00

Total TTC = 44.00

Pharmacie MERCURE
Selma TAZI
Docteur en Pharmacie
2, Rue Al Worooud - Casablanca
Tél: 0522 27 46 26

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : QUARANTE-QUATRE DHS

Bon rétablissement

المواد الفاعلة في التركيبة
ترو لامين 0.670 في كل 10% من
المستحلب المعد للمسح على الجلد

المواد المساعدة

ستيارات البوتيلين على كلوكول،
محض ستيريك، بليموتات الميثيل،
بارافين حامد، بارافين سائل،
برهيدرو سكالن، زيت أوكالو،
الجينات الترو لامين و الصوديوم،
عطر بربتون، ماء طاهر.

المواد المساعدة الواجب التقىبه إلى وجودها

سوربات البراسيوم
بلاز هيدرو كسمي بيزرو إات (E219)
المثيل الصودي بيزرو إات (E217)
بلاز هيدرو كسمي بيزرو إات (E217)
البروبيل الصودي (E217)

الشكل الصيدلي والمحتوى
مستحلب المسح على الجلد.
اللوب يحوي 5.6 غ.

كيفية الاستعمال وطريق الأخذ
غير الجلد.

الحفظ بعيدا عن متداول

بصحر الأطفال.

تحذير بخصوص الحفظ
لا تختلط الدوااء في مكان تتدنى فيه
درجة الحرارة تحدث الصفر.

الشركة المالكة / المسئولة

JOHNSON & JOHNSON
SANTÉ BEAUTÉ FRANCE
1 RUE CAMILLE DESMOULINS
92130 ISSY-LIES-MOULINEAUX
اسم و عنوان الشركة المسئولة
JANSSEN CILAG
DOMAINE DE MAIGREMONT

27100 VAL DE REUIL
TUNISIE AMM 11283011
MOROC AMM
N° 18IDMP/2/INTT

بِيافِين

يُسْتَعْمَلُ لِعَلاج

احمرار الجلد الملفوح من جراء العلاج بالأشعة.
حرق الدرجة الأولى والثانية وأي جرح نظيف غير
منتّن.

لا تستعمل هذا الدواء كدهن للحماية من أشعة الشمس.



BIAFINE®

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

ERYTHÈMES SECONDAIRES À DES

TRAITEMENTS RADIOTHÉRAPIQUES.

BRÛLURES DU PREMIER ET SECOND DEGRÉ ET

TOUTE AUTRE PLAIE CUTANÉE NON INFECTÉE.

CE MÉDICAMENT N'EST PAS UN PROTECTEUR SOLAIRE.