

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

72200

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2305 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Nouraziz Naima

Nom & Prénom : Nouraziz Naima

Date de naissance : 16-06-1952

Adresse : Habituelle

Tél. : 0660366454 Total des frais engagés : 44,00 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) : Cay

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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 : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MERCURE 125/21 Rue Al Woroua - Casablanca Tel: 07 33 27 46 26	12/5/21	66,4

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

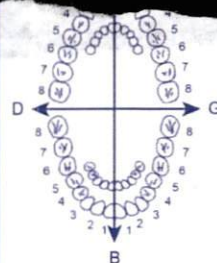
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

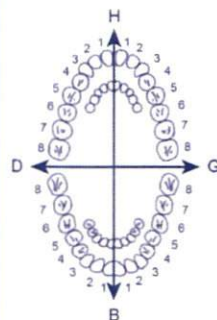
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE MERCURE

Docteur Selma TAZI

FACTURE

Page :1

N° FACTURE :30063
Date : 11/05/2021

Client : NOURAZIZ Naïma

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
BIAFINE EMULSION PM	1	44.00	44.00
<div>Pharmacie MERCURE Docteur en Pharmacie Selma TAZI 2, Rue Al Woroud - Casablanca Tel: 0522 27 46 26</div>			
Total TTC =			44.00

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

Bon rétablissement

ADRESSE: 2 RUE EL WOROUD TEL:0522274626
TP: 34202743 IF: 45511732 RC: 129574 CNSS: 1513648 ICE: 000884973000030 INPE: 092042365

المواد الفاعلة في التركيبة
تزو لامين 0.670 غ في كل 100 غرام من
المستحلب المعز للمسح على الجلد

المواد المسوغة
ستييرات الإيثيلين غليكول،
حمض ستياريك، بلميات السيل،
بارالين جامد، بارالين سائل،
برهيدرو سكالين، زيت أفوكادو،
الجينات التزو لامين و الصوديوم،
عطر بربانون، ماء طاهر.

المواد المسوغة الواجب التنبيه الى وجودها
بروبيلين غليكول
سوربات التوتاسيوم
بارا هيدروكسي بنزوات
المثيل الصودي (E219)
بارا هيدروكسي بنزوات
البروبيل الصودي (E217)

الشكل الصيدلي والمحتوى
مستحلب للمسح على الجلد.
التيوب يحوي 93 غ.

كيفية الاستعمال وطريق الأخذ
عبر الجلد.

اقرأ النشرة الإعلانية قبل الاستعمال.

تحذير هام
الحفظ بعيدا عن متناول
و بصير 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 و عنوان الشركة المصنعة

JANSSEN CIAC
DOMAINE DE MAICREMONT
27100 VAL DE REUIL.
TUNISIE AMM 11283011
MAROC AMM
N° 18DM/P21/NTT



44,00 DHS
Prix Public de Vente
Maroc

377678E

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.

بيافين يُستعمل لعلاج

احمرار الجلد المنفوح من جرّاء العلاج بالأشعة.
حروق الدرجة الأولى والثانية وأي جرح نظيف غير
مُنْتِن.

لا تستعمل هذا الدواء كدواء للحماية من أشعة الشمس.