

## 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNPD N° : AA-215/2019



Maladie  Enfant  Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 03045

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : KAMA L. ALI

Date de naissance : 01.11.1960

Adresse : 07 RUE GEORGES SAND MARLE

Tél. : 0661332762

Total des frais engagés : # 142,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 01.09.21

Nom et prénom du malade : Kandi ale

Lien de parenté :  Lui-même

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 30/09/21

### 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
02/11/2011				INP : <input type="text"/> <b>KHALFI CHAIMAA</b> Médecin Interniste Hôpital Sud V EL JADIDA

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/09/2011	142,70

### ANALYSES - RADIOPHOTOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/09/2011		

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> 4
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
 25533412 21433552  
 00000000 00000000

G  
 00000000 00000000  
 35533411 11433553

B

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date ... 01/SEP/21

Jr KANAW Ali

26,40

1/ Tobrex 0,3%



5 gttex x 3/j pdt fzj

27/09

Agideume



02,80

Iapp x 2/j

3/ Astaph 500mg  
Icp x 3/j pdt fzj

142,70

فلوكوكساسلين

فلافل

٥٠٠

٢٤

كبسولة

مخالد حيوى

Astaph 50mg/24 gélules

6 118000 090144

Posologie, Indications,  
contre-indications : voir notice

Yasmine LAHLOU FILALI  
Pharmacien Responsable

Laboratoires Pharmaceutiques

PHARM

90,80

134x63x40



Soyez prudent  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la  
notice

TOBREX® 0,3 %  
COLLYRE EN SOLUTION

NE PAS AVALER  
RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

Liste I. Uniquement sur ordonnance

09/11

TOBREX® 0,3 %  
COLLYRE EN SOLUTION  
Tobramycine  
**Alcon®**

TOBREX® 0,3 %  
Collyre 5 ml

Remboursable AMM



6 118000 020417

TOBREX® 0,3 %  
COLLYRE EN SOLUTION  
Tobramycine

**Alcon®**

Pommade

AGIDERM®

AGIDERM® 2%  
Pommade  
Tube de 15 g



6 118000 140870



فيلا  
الفلبين

LOT: 218  
PER: 07/20  
PPV: 25,00DH

أجیدرم®

فوسيدان الصوديوم 2%

15 غ

Indications, contre-indications .... voir notice

Garder à une température ambiante n'excédant pas 25°C

ADSP N° : 38DMP/21/NCN



Fabriqué par les  
Laboratoires NOVOPHARMA  
Z.112 Tit Mellil Casablanca  
sous licence de Philadelphia pharmaceuticals