

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-657952

92380

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 92380 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAARBAoui AZIZA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 47.50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : ACMAT LIBRE

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 : CASAB

Signature de l'adhérent(e) : Le 05 / 11 / 2019

Signature : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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

### 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 :

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien    Date    Montant de la Facture

23/10/2011

47,15

### 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

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

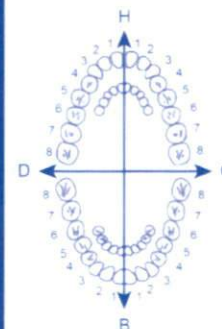
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

#### SOINS DENTAIRES

Dents Traitées    Nature des Soins    Coefficient

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

#### 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

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 DES STADES

50 RUE AL FOURAT CASABLANCA RC:245509

IF:40436642 CNSS:1776569

Tél : 05 22 25 49 25

Patente : 35873067 ICE001634052000076

Le : 23/10/2021

**Facture N° 527 634**

**CHAADAoui AZIZA**

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
PG	DOLIGRIPPE /8SACHETS	1	20.00	20.00
CO	SPASFON COMP	1	27.50	27.50
2	Total	2		47.50

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
QUARANTE-SEPT DIRHAMS ET CINQUANTE CENTIMES

47.50

PHARMACIE DES STADES 201C  
50. Rue Al Fourat - Casablanca  
Tél : 05 22 25 49 25  
RC : 245509 - Pte : 35873067  
IF : 40436642

10

**Lire la notice avant utilisation.**

**Composition :** phloroglucinol hydraté 80,00 mg quantité correspondant en phloroglucinol anhydre 62,233 mg, triméthylphloroglucinol 80,000 mg pour un comprimé enrobé.

**Excipient(s) qui ont un effet notoire :** amidon de blé, saccharose, lactose monohydraté. Médicament non soumis à prescription médicale.

**Précautions particulières de conservation :**

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.

**Tenir hors de la vue et de la portée  
des enfants**  
Voie orale

Médicament autorisé n° 34009 309 860 80

3400930986080



LOT: 297

EXP: 03 2022



**Spasfon**  
30 COMPRIMES ENROBES

SPAS-CH-30C29/ETU/19  
798611

phloroglucinol 80 mg / triméthylphloroglucinol 80 mg

**TEVA SANTE**  
100-110 Esplanade du Général  
de Gaulle  
92931 Paris La Défense Cedex  
France

2297/3



**Voie orale**

**30 COMPRIMES ENROBES**

**Spasfon**

phloroglucinol 80 mg / triméthylphloroglucinol 80 mg

*Douleurs spasmodiques de l'intestin, des voies biliaires,  
de la vessie et de l'utérus.*



**30 COMPRIMES ENROBES**

**Spasfon**

phloroglucinol 80 mg / triméthylphloroglucinol 80 mg





PPV:20DH00  
PER:06/23  
LOT:J1728

9

82.82 - الكايزالين - فيتامين سي - الباراسيتامول  
محتوى كل حبة

طريقة الاستخدام



محتوى الحبة



يحتوي الحبة على:

باراسيتامول

فيتامين سي

ماليتات فينيرامين

محتوى الحبة: باراسيتامول - فيتامين سي - ماليتات فينيرامين

دوليجريپ

DoliGrippe®

Paracétamol - Vitamine C - Maléate de Phéniramine

ADULTE

