

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° P19- 066835

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

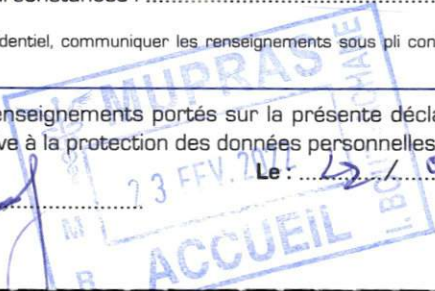
Matricule : 3159 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 105038
Nom & Prénom : BRAHIN: Abdelmoumen
Date de naissance : 16/05/62
Adresse : 1st chabour R n° 1, Wlan n° 1, Casablanca
Tél. : 2520 Total des frais engagés : #383,40# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 03/02/2014
Nom et prénom du malade : Mr Brahim n°1 Khelil Age:
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : deux ententes
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 : 23 / 02 / 2014
Signature de l'adhérent(e) :



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
03/09/20	C3		3500dh	 Dr. Salma Cherif 0522 895371

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE AYMANE AGUEDACH KAMAL Quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri Murger, Résidence Talbi III, Casabl- Tél/Fax: 0522 99 69 23</p>	3/9/21	3940

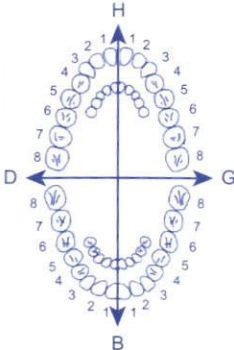
[illegible]

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


RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p>	<p>MONTANTS DES SOINS</p>													
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B</td> <td style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	<p>DATE DU DEVIS</p>	
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
D	G														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
B	B														
<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															

Docteur Salma CHERQUI
EL OUAZZANI

Spécialiste en Hématologie Clinique
Maladies du sang, des ganglions
et de la rate, Chimiothérapie,
Greffe de moelle osseuse

Sur Rendez-vous

الدكتورة سلمى الشرقي
الوزاني

اختصاصية في أمراض الدم السريرية
المعالجة الكيميائية
زرع نخاع العظمي

بالموعد

Casablanca Le : 03/09/21 : الدار البيضاء في :

M Brahim Ned Khelil

Hexomeldine transcutanée

14,00

1 gge x 2 j.

Furafur 200

25,40

39,40

2 g j.

le matin à jeun

x 1 mois

PHARMACIE AYMANE
AGUEDACH KAMAL
Quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri
Murger, Résidence Talbi III, Casablanca
Tél/Fax: 0522 99 69 21

Dr Salma CHERQUI
Spécialiste des Maladies du Sang
17, Angle Rue Bachir Laalaj et Bd. Abdelmoumen
Tél.: 05 22 99 53 71

لا يجب استعمال المنتج لمدة طويلة (مضاد).
45 دقيقة)
استعمال حسب تعليمات الطبيب (30 إلى 45
الأيام.
المرضى موضع الجرح مرتين إلى ثلاث مرات في
الوقت الاستعمالي :

دواعي الاستعمال :
تأثير في التهاب الحويصلات الكورونية المتعددة،
تأثير في التهاب الغري، التهاب الخراجات المعوية، حب
الشباب، حب زיתי، التهابات الفم والظفر

نوكس :
إكزاميدين (نوكس إكزاميدين) 0.15 مل
سواء مخفف كمية كافية لـ 100 مل

إكزاميدين
عابر للجلد
أكزوميدين®

Laboratoires SYNTHEMEDIC
20-22 Rue Zoubeir Bnou El Aquam
Roches Noires - Casablanca



Usage Externe

flacon de 60 ml de
solution à 1,5 %

Antiseptique
Antibactérien



hexamidine
transcutanée
Hexomédine®

إكزوميدين®

عابر للجلد
إكزاميدين

14,00



قارورة 60 مل



10/18

MODE D'EMPLOI :
Badigeonner les lésions 2 à 3 fois par jour
Utiliser des pansements humides de
courte durée (30 à 45 mn)
Ne pas employer en pansements
prolongés (occlusifs)

INDICATIONS :
Action en profondeur, dans les staphy
lococies indurées, hidrosadénite,
folliculites profondes, acnés, boutons,
d'huile, péronyx pyococciques.

FORMULE :
Hexamidine (di-séthionate) 0,15 g
Excipient pénétrant q.s.p. 100 ml

hexamidine
transcutanée
Hexomédine®

351076-05



flacon de 60 ml

Hexomédine®
flacon de 60 ml



transcutanée
Hexomédine®

مضادات ستنديك
20-22، زوغير بنو إلكوام
الرياح السوداء - الدار البيضاء



استعمال خارجي

قارورة 60 مل من
1,5 %



عابر للجلد
عابر للجلد

أكزوميدين®
عابر للجلد
إكزاميدين

