

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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

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

M22- N° 003956

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9995 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M'ABD

Mme M'ABD

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A215 /2019

### 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 :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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) : .....

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22- N° 003956

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des travaux
DROITE					
GAUCHE					
HAUT					
BAS					

**O.D.F.**  
Prothèses dentaires

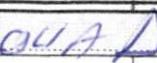
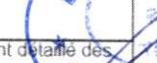
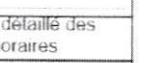
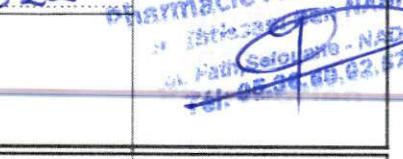
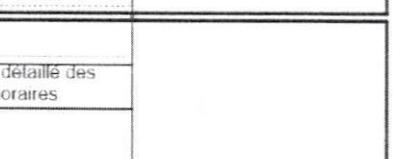
Determination du coefficient masticatoire

DROITE		GAUCHE	
H	25533412	C	21433552
D	00000000	G	00000000
	00000000		00000000
	35533411		11433553

(Creation, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

VOLET ADHERENT	NOM	Mle
DECLARATION N°	W18-380048	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes

**Durée de validité de cette feuille est de [3] trois mois**  
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 9995.	            		
Nom & Prénom		M. RABBI, M. Idriss.			
Fonction		PETRAINE			
		Phones 0661682100			
Mail					
MEDECIN		Prénom du patient			
Adhérent <input type="checkbox"/>		Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>		Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date Tière visite			
S'agit-il d'un accident? Causes et circonstances		    			
Nature des actes		Nbre de Coefficient		Montant détaillé des honoraires	
			200 DH		
PHARMACIE		Date 14/01/2022			
Montant de la facture					
78,50					
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires			
AM	PC	IM	IV		

**Dr FARAJ Laïla**

Diplômée de la Faculté  
de Médecine de Casablanca  
Médecine Générale et Echographie

171, Av. Youssef Ibn Tachfine, NADOR  
Tél.: 05 50 12 50 00 - GSM : 06 61 99 62 28

**الدكتورة فراج ليلي**

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
الطب العام  
والفحص باشعة الصدى

171، شارع يوسف ابن تاشفين - الناظور  
06 61 99 62 28 المحمول: 05 50 12 50 00

**ORDONNANCE**

Nador, le .....

الناظور، في .....

carboxone 40

1000 mg off

...

Pharmacie ALOMRANE  
Dr. Ibtissam Ben NANNA  
Lot. Fam. Séguane - NADOR  
Tél: 05.36.60.82.57

Dr. FARAJ

# Carboxane®

30 Comprimés

Voie orale



Charbon végétal

## FORME ET PRÉPARATION

Comprimé, boîte de 30

## COMPOSITION

Charbon végétal essentielle de

LOT: 210153

PER: 03/2024

PPC: 79,50 DH

**Carboxane®**

Boîte de 30 comprimés

huile

## PROPRIÉTÉS

Carboxane® est un complément alimentaire qui aide à soulager les ballonnements, flatulences et spasmes intestinaux, facilite la digestion et régule le transit intestinal.

## UTILISATION :

Carboxane® est recommandé en cas de :

- Ballonnement et Flatulences.
- Constipation, paresse intestinale.
- Colopathie fonctionnelle.
- Digestion difficile.
- Spasmes, Coliques.

## CONSEILS D'UTILISATION :

A prendre de préférence après les repas :

- Ballonnement : 1 comprimé 2 à 3 fois par jour.
- Constipation : 2 comprimés 2 à 3 fois par jour.

## PRÉCAUTIONS D'UTILISATION :

- A utiliser en complément d'une alimentation variée.
- Respecter la dose journalière recommandée.
- Tenir hors de la portée des jeunes enfants.
- Conserver dans un endroit frais et sec.

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

Fabriqué par Pharmalife Research s.r.l. – Italie

Importé au Maroc par MEDIPRO Pharma

Autorisation du Ministère de la santé N°DA20161310001DMP/20UCAMAv2.