

# 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.

113403

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### AI

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

4187

Société :

Actif

Pensionnée

Autre

Nom & Prénom :

MELHAOUI MOSTAFA

Date de naissance :

25-08-1947

Adresse :

10 Avenue Hachmi FILALI - Lot des Ecoles

CASABLANCA

Tél. :

0661149727

Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

### 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 :

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'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

#### **BELEVE 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 ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE AQUA PARC MEDIOPUR CHADIA Alzlane Der Boula 14 Douar Lahalta Tunis 05 22 29 00 11	25/03/2022	108.30

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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'a été pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important:**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement cancéreux, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
28833418	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
36533411	11433553

#### (Création, remaniement, adjonction)

#### Fonctionnel. Therapeutique. nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Dr. BEN HAMMOU Mohammadi

# Chirurgien Dentiste

Soin - Prothèse - Orthodontie - Radio  
Bd. Afghanistan N° 40 - 1er Etage  
Hay Hassani - Casablanca Tél : 05 22 90 16 0



الدكتور بن حمو محمادي

طب جراحى للأسنان

أشعة - الإعوجاج - التعويض - العلاج

شارع أفغانستان رقم 40 الطابق الأول

الحنـيـن الدـارـ الـبـيـضاـ الـهـاتـف : 05 22 90 16 04

Casablanca le 25/03/2022 الدار البيضاء في

TTELAOM FARIDA

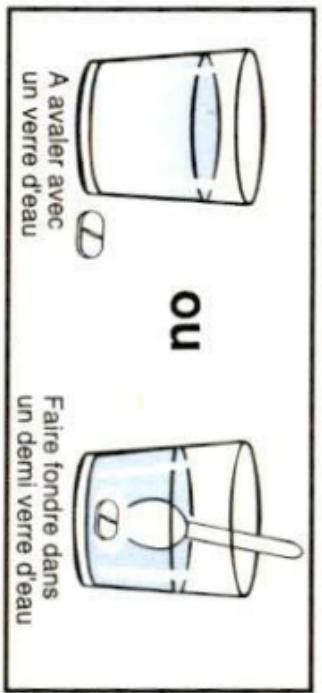
64, No  
Dispamo<sub>2</sub> S.V. 15

44,20 S.V. - Difal go mg

Tobacco n Health

*Bucco shy* 70L (83)  
3123

## Mode d'emploi



Conserver à une température inférieure à 25°C  
et à l'abri de l'humidité

NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS

DISPAMOX® 1 g

14 comprimés dispersibles



LOT : 21911  
PER : 10/23  
PPV : 64,10 DH

6 118000 140146



Le Laboratoire Pharmaceutique  
NOVOPHARMA  
Z.I.12 Tif Mellil Casablanca

14 comprimés dispersibles  
amoxicilline 1g

DISPAMOX®

عن طريق الفم

30 قرصاً

٥٠ ملجم  
٥٠ ملجم  
٥٠ ملجم  
٥٠ ملجم

# دِيْفَال

ديكلوفيناك سوديومي

50 ملجم

مسكن الآلام  
ضد الإلتهاب

غالينيكا G

الإرشادات - حالات عدم الاستعمال - المقدار وكمية الاستعمال:  
اقرأ البيان داخله.

Indications - Contre-indications - Posologie et mode d'emploi :  
lire notice intérieure.

لا يترك في متناول الأطفال  
Ne pas laisser à la portée des enfants

Liste II

احضر مسراً للجرعات المحددة  
Respecter les doses prescrites

30 comprimés

voie orale

# DIFAL®

diclofénac sodique

50 mg

ANTALGIQUE  
ANTI-INFLAMMATOIRE

G GALENICA

COMPOSITION :

Diclofénac sodique ..... 50 mg  
Excipients q.s.p ..... 1 comprimé

Excipient à effet notable : lactose.

Boîte de 30 comprimés enrobés gastro-résistants.

Cette boîte contient 1,5 g de diclofénac sodique.

Dr. Marla MAFTOUH-Pharmacien Responsable

مختبرات غالينيكا - الدار البيضاء - المغرب

G Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

DIFAL® 50 mg

Boîte de 30 comprimés

E D F C A 4 V FA 01

DIFAL®  
Diclofénac sodique 50 mg  
Boîte de 30 comprimés

P.P.V. : 44,20 DH

43x20x90  
g  
6 118000 190349