

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-651578

117540

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1607 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BELAMINE EL Hachib
 Date de naissance : 15 OCT 1986
 Adresse : 116 rue BOUSKOUA Résidence MALAKA 1 CASABLANCA
 Tél. : 066167500 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 12/05/2022
 Nom et prénom du malade : BELAMINE EL HACHIB Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Aggr. drc
 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) :

Docteur F. MEKOUAR
Spécialiste en ORL
15 rue de l'Indépendance - Casablanca

03 JUN 2022

IBOZACHANI

VOLET ADHÉRENT

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
26/5/22		30	1221	INF: L. P. D. 11/12/13
		10	1221	

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
12/11/22	421

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																						
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																				
	25533412	21433552																					
	00000000	00000000																					
	D		G																				
	00000000	00000000																					
	35533411	11433553																					
	B																						
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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

مصحة بوسيجور

CLINIQUE O.R.L. MAXILLO-FACIALE ET ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

Dr F. MEKOUAR
O.R.L.

Dr B. MOKRIM
Prof agrégé en O.R.L.

Dr K. YOUSSEFI
O.R.L.
Immuno-allergologie

9. BERNARD
EC 1110.2

12/12/22

19.40

Ambis - sylla

II 500 x 217 5,
22.70

Bayal - 10
1 Fil 17 10

42 10

صيدية المدينة الخضراء
PHARMACIE GREENTOWN
Dr. Maria AZENNAR
Centre Commercial Casa Green Town
108 Bd. Ghandi - Casablanca

صيدية المدينة الخضراء
PHARMACIE GREENTOWN
Dr. Maria AZENNAR
Centre Commercial Casa Green Town
108 Bd. Ghandi - Casablanca

Docteur F. MEKOUAR
Spécialiste en O.R.L.
Clinique O.R.L. Beausejour
108 Bd. Ghandi - Casablanca

LOT :
PER :
ppv



Baycutène® N

Anti-eczémateux

15 g de crème

Bayer

Usage externe

Baycutène® N

التركيب : أغ من المرهم يحتوي : أسيتات من بيكساميثازون 0,443 مغ
(مطابق ل 0,4 مغ من بيكساميثازون), كلوترمازول 10 مغ
يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية

Composition : 1 g crème contient : Acétate de dexaméthasone 0,443 mg
(corresp. à 0,4 mg de dexaméthasone), clotrimazole 10 mg
A conserver à une température inférieure à 25 °C

C18006

AMM N° 9 DMP/21/NCV

Baycutène® N 15 g
Crème



6 118000 170075

Fabricants :
laboratoires Pfizer S.A.
Km 0,500, Route de Oualidia
B.P 35 - 24000 El jadida - Maroc

IDEMCO

بايكوتينين® N

مضاد للأكرزما

15 غ من المرهم

إستعمال خارجي

Baycutène® N
15 g de crème

Uniquement sur ordonnance

Titulaire d'AMM

Bayer S.A.
Bd Sidi Mohamed ben Abdellah
Casablanca marina, Tour d'Ivoire 1, Etage 3,
Casablanca 20030 - Maroc

58118803

استخدموا الحزمات العينة
Respecter les doses prescrites

أنتيبايو سينلار

Flacon de 10 ml



**ANTIBIO
SYNALAR**
GOUTTES
AURICULAIRES
ADULTES, ENFANTS

INDICATIONS, CONTRE - INDICATION ET

POSOLOGIE

voir la notice

Tenir hors de la vue et à portée des enfants.

COMPOSITION

0,025 g

Sulfate de Polymyxine B

1 000 000 U.I

Sulfate de néomycine

350 000 UI

Excipients à effet notoire

100 ml

Nitrate de phénylmercurique



AMM N° 461/SG/42

Fourni par **Pharmidic**
Gastelarra - Maroc
Rue Remy d'Amboise, Quartier Arsaane
Dr. M. HOUBAÏCHI - Pharmacien Responsable

8

10 مل



الكبار، الصغار

قطرات أذنية

أنتيبايو سينلار

ANTIBIO SYNALAR

04161

12/18



منتج من طرف **Pharmidic**
Rue Remy d'Amboise, Quartier Arsaane
Gastelarra - Maroc
Dr. M. HOUBAÏCHI - Pharmacien Responsable

الاحتياطات، كيفية وتعليمات الاستخدام - لا يترك في متناول الأطفال -



ANTIBIO SYNALAR
GOUTTES
AURICULAIRES 10 ml

C91460-09