

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

- Reclamation : 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

N° W21-641907

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>11533</u>			
Société : <u>NAASR MOUNA</u>			
Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : <u>122420</u>			
Nom & Prénom : <u>N.A.S.R MOUNA</u>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <u>0600643793</u> Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : <u>10/06/2022</u>			
Nom et prénom du malade : <u>TAFROUH SI NOHANE DOURAD</u>			
Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>_____</u>			
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.

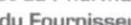
Fait à : _____

Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) : 



RELEVE 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
10/10/2012	C		150	INP : 091251136 Dr. Kadiri-Kasmi Mohamed Médecine Générale 101 Lot. ANNABA - Nabeul Tunisie

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NOUR VICTORIA  Dr. RAHAL Hajar Annas 521-2164 N° 1 Victoria City 0664.21.83.38 05.20.630.111 2NPE:092088969	10/06/22	183,60

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

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
$ \begin{array}{r rr} & 25533412 & 21433552 \\ & 00000000 & 00000000 \\ \hline & 00000000 & 00000000 \\ & 35533411 & 11433553 \end{array} $				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>			
				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>				
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>				



ORDONNANCE

TAFROUETE SI MOHAMED NOURAD Nouaceur, le 10/06/2012

35,20x02
1) Nedral 4mg S.V.
19,30 24/ le Natr. + 1hh pris pd'Amios
84,80 2) Otrivin S.V.
3) EF.DOL S.V.
22,70 4) Fundamic S.V.
56,60 5) Stilnox 10mg S.V.
T= 183,60

PHARMACIE NOURAD VICTORIA
Dr. RAHAL Hajar
Annas. S21-ZR164 N° 1
06.64.21
05.26
LOT : 21E002
PER. : 05/2013
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
6 118000 661465

PHARMACIE NOURAD VICTORIA
Dr. RAHAL Hajar
Annas. S21-ZR164 N° 1
06.64.21
05.26
LOT : 21E001
PER. : 05/2013
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
6 118000 661465

الرقم 191 ، تجزئة النصر ، بلوك 24 ، الطابق 1 ، أولاد صالح - إقليم النواصر

الهاتف (مستعجلات) : 06 34 83 90 56 بريد الكتروني : kadirikasmi440@gmail.com

Médrol®

Comprimé sécable

4 mg

méthylprednisolone

Médrol® 4 mg

30 comprimés sécables

30 comprimés sécables
6 118000 250302



UT.AV.: 04 23
P.P.V. 35 10
LOT N°: 1303828
3540

09366140/3

مَدْرُول®

فِرْصَ قَابِلٌ لِلْكِسْر

30 comprimés sécables
méthylprednisolone

4 mg

Médrol®

COMPOSITION pour un comprimé sécable : méthylprednisolone 4 mg.
EXCIPIENT A EFFET NOTOIRE : lactose et saccharose
MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION : Voie orale, se reporter à la notice.
Ne pas laisser à la portée des enfants.
MISES EN GARDE SPECIALES : Lire attentivement la notice avant utilisation.

مشبّه بـ زورون

4 ملخ

مَدْرُول
فِرْصَ قَابِلٌ لِلْكِسْر
30



© Marque déposée de Pfizer Inc.
Laboratoires Pfizer S.A.
Km 0,5, Route de Oualidia
El Jadida - MAROC

RESERVEES LES SOINS MEDICAUX
مَدْرُول® لِلْكِسْر
Uniquement sur ordonnance
Litté 1

N° ADSP: 4°/DMP2/1/NRQ

Médrol®

Comprimé sécable

4 mg

méthylprednisolone

Médrol® 4 mg

30 comprimés sécables

30 comprimés sécables
6 118000 250302



UT.AV.: 04 23
P.P.V. 35 10
LOT N°: 1303828
3540

09366140/3

مَدْرُول®

فِرْصَ قَابِلٌ لِّلْكَسْر

30 comprimés sécables
méthylprednisolone

4 mg

Médrol®

COMPOSITION pour un comprimé sécable : méthylprednisolone 4 mg.
EXCIPIENT A EFFET NOTOIRE : lactose et saccharose
MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION : Voie orale, se reporter à la notice.
Ne pas laisser à la portée des enfants.
MISES EN GARDE SPECIALES : Lire attentivement la notice avant utilisation.

مشبّه بـ دـرـولـ

4 ملـغ

مـدـرـولـ قـابـلـ لـلـكـسـرـ 30



© Marque déposée de Pfizer Inc.
Laboratoires Pfizer S.A.
Km 0,5, Route de Oualidia
El Jadida - MAROC

RESERVEES LES SOINS MEDICAUX
لـلـطـبـيـعـيـةـ الـطـبـيـعـيـةـ
Uniquement sur ordonnance
Litté 1

N° ADSP: 4°/DMP2/1/NRQ

零

كل بحث يحتوي على :	نحوه سواعٍ ذاتٍ تأثيرٍ معاوِهٍ : السكلورز (8)
كثيرٌ قيَّمٌ ملحوظٌ	هي كل كثيرون، ملحوظ، أصفر، برقاني، S.
غير ملحوظ	احتفظ بهذا الواء في ترجمة حداً و أقل من 25
غير ملحوظ	رحة، ملحوظة، و بعد ذلك، عن الخطوبة.
غير ملحوظ	نبرة، هذا الواء، في، مثبات، الأخطاء.

Composition:

Chaque sachet contient :	4 mg
- Chlorphénamine maleate.....	6 mg
- Phénylephrine chlorhydrate.....	200 mg
- Salicylamide.....	400 mg
- Paracétamol.....	30 mg
- Caféine.....	300 mg
- Vitamine C.....	10 g
- Excipients q.s.p.....	Excipients à effet notoire : saccharose (8 g par sachet), lauue orangé S.

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C et à l'abri de l'humidité.
NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS.

6 118000 090762

مسحوق تحضير الشراب

٦

مسؤل مهندسین لحسین لحلو فیلای صیدلی مسؤول

جَمِيعُ الْمُكَبَّرَاتِ

حالات نزلة برد - زكام
تشنجات عضلية - ارتعاش و تبرد
حمى - سيلان الأنف

22,70