

# 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.

**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° M21- 063169

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 212 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RHOUNAM DAMIA

Date de naissance : 14/5/78

Adresse :

Tél. : 07 70 560 284 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/01/23

Nom et prénom du malade : Rhounem Demis Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Longue Durée ALD et ALC

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
17/01/23		01	15004	Dr Imrane KOURAÏE Médecine Générale Farah El Salam 2 Rés. Oulad Azouz GH.2 Imrn 8 N°3191 - Jnane Louz Oulfa Hay Hassani - Casa INPE: 091239491

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JNANE LOUZ Dr. MUKHAD AMINA N° 4 Imrn 7 Oulad Azouz Al Farah 2 - Casablanca	17/01/23	1062,10
INPE 092065044		

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

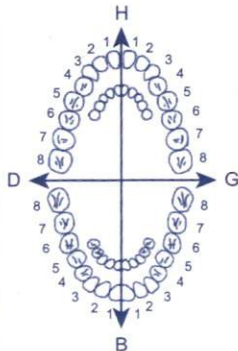
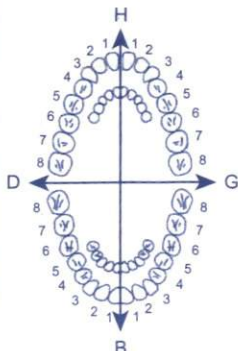
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur

Imane KOURAICHI EL IDRISSE

Médecine Générale  
Echographie Générale

Diplômée à l'Hôpital Universitaire Ibn Rochd  
et Faculté de Médecine et de Pharmacie  
Casablanca



الدكتورة

إيمان قريشي الادريسي

الطب العام  
الفحص بالصدى

خريجة المستشفى الجامعي ابن رشد  
وكلية الطب والصيدلة الدار البيضاء

Casablanca, le :

Dr. Imane KOURAICHI EL IDRISSE  
Médicine Générale  
Farah El Salam 2 Rés. Ouled Azouz  
GH.2 Imm.8 N°3 1<sup>er</sup> étage (Jnane Louz)  
Oulfa Hay Hassani - Casa  
INPE: 091239491

Rhounam Demie

19,60

- Hemo fest po  
1 suppa 2g

14,50

- Hemo fest sup  
1 suppa 1g

201,00

- Deyflon 1g  
1 sup 2 8g

269,00 x3

- Cove ram 10K  
1 sup 2 8g

فرح السلام 2، إقامة أولاد خوروز GH2، عمارة 8، شقة 3 الطابق الأول جنان اللوز - الألفة - الحي الحسني  
Farah El Salam 2, Résidence Ouled Azouz GH2, Imm.8, N°3 1<sup>er</sup> étage (Jnane Louz) - Oulfa - Hay Hassani

Tel.: 05 22 89 71 79



20,00

- Zucarn

1 sachet x 2



T: 1062,10

Dr. J-nane KOURAICHI EL IDRISSI  
Medecine Générale  
Farah El Salam 2 Rés. Oulad Azouz  
GH.2 Imm. 8 N°3 Etg.1 (Jnane Louzi)  
Oulfa Hay Hassani - Casa  
INPE: 091239491

PHARMACIE JNANE LOUZ  
Dr. MUKHAD AMINA  
N° 4 Imm. 7 Oulad Azouz  
Al Farah 2 - Casablanca

269,00

269,00

269,00

201,00

**Zucarn**  
Gra

LOT N°: 20,00

UT. AV:

P.P.V. (DH):

# Hemofast®

Pommade et Suppositoires

## COMPOSITION

### Pommade :

Chlorhydrate d'hydrocortisone ..... 0,50 g

Hydrocortisone ..... 0,50 g

Excipients ..... q.s.p. 100 g

### Suppositoires :

Acétate d'hydrocortisone ..... 0,005 g

Excipients ..... 0,010 g

Beurre de cacao ..... 0,100 g

Excipients ..... 1 suppositoire

## PROPRIETES

Pommade et suppositoires

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est indiqué pour le traitement des affections cutanées et muqueuses à médiation inflammatoire, sous anesthésique local.

(pommade et suppositoires).

Ce médicament est préconisé en association avec des antalgiques et des antibiotiques s'accompagnant

de douleurs ou de démangeaisons, en particulier dans la crise hémorroïdaire.

## CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT ETRE UTILISE dans les cas suivants :

Allergies aux anesthésiques locaux.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE

MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## MISE EN GARDE

- Ce médicament n'étant pas indiqué en cas d'infections anales dues à des bactéries,

des virus, des parasites et des champignons, il ne doit être utilisé qu'après avis médical.

Pour les suppositoires : l'attention des sportifs est attirée sur le fait que cette

spécialité contient un principe actif pouvant induire une réaction positive des tests

pratiqués lors des contrôles antidopages.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

Le traitement doit être de courte durée (maximum 7 jours). Si la douleur ne cède

pas rapidement, consultez votre médecin.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE

MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS

MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE

TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN,

ET EN PARTICULIER POUR L'UTILISATION DES SUPPOSITOIRES : certains

# Hemofast®

Pommade et Suppositoires

## COMPOSITION

Pommade :	Chlorhydrate	0,50 g
	Hydrocortisone	0,50 g
	Excipient ...	q.s.p. 100 g
Suppositoires :	Acétate d'hydrocortisone	0,005 g
	Esculoside	0,010 g
	Benzocaïne	0,100 g
	Excipient ...	q.s.p. 1 suppositoire

## PROPRIETES

Pommade et suppositoires anesthésiques locaux.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est une association d'un anesthésique local (pommade et suppositoires) et d'un veinotonique (suppositoires).

Ce médicament est préconisé dans certaines pathologies anales s'accompagnant de douleurs ou de démangeaisons, en particulier dans la crise hémorroïdaire.

## CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT ETRE UTILISE dans les cas suivants :

Allergies aux anesthésiques locaux.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## MISE EN GARDE

- Ce médicament n'étant pas indiqué en cas d'infections anales dues à des bactéries, des virus, des parasites et des champignons, il ne doit être utilisé qu'après avis médical. Pour les suppositoires : l'attention des sportifs est attirée sur le fait que cette spécialité contient un principe actif pouvant induire une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles antidopages.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

Le traitement doit être de courte durée (maximum 7 jours). Si la douleur ne cède pas rapidement, consultez votre médecin.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN, ET EN PARTICULIER POUR L'UTILISATION DES SUPPOSITOIRES : certains