

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

M22- 0027281

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3084 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BOUZATIR HOUSSA

Date de naissance :

Adresse : Doussia 4 Rue 3 N° 11 Casab

Tél. 0667819336 Total des frais engagés : 387,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Zineb EL QUALJI
Medecin Générale
sec.4 N°9, Av. Omar Ibn ELKHATTAB
Massira II - TEMARA
Tél: 05 37 60 61 97

Date de consultation : 26 JAN 2023

Nom et prénom du malade : BOUZATIR HOUSSA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Candidose + Bonchite et rhume

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 : Casablanca Le : 16/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : P

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
26/12/22	CS X1	100%		<i>Zineb EL OUAIJI</i> Dr. Médecin Généraliste Av. Ondai Idr. El Mataro Secteur Massira II - Tel: 05 37 80 61 97

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie JABIR BNOUAYAW</i> 500, Av. Abdellah Sennaia Brossat II ICE: 001808953000091 Tel : 0522 81 53 84	26/12/22	237,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
G	
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Zineb ELOUALJI
Medecin Générale
Sect.4, N°9, Av. Omar ibn ELKHATTAB
Massira II - TEMARA
Tél: 05 37 60 61 97

ORDONNANCE

le 1e 26/11/22

Mr/Mme BIN ZAHIR Hanifa

$$\frac{79.70 \times 2}{159.40}$$

1) Above

47-8 110 1

2) Profound

36, ② J 840

3) Mycobacterium
Jacupp S.V.

237,13



Gathet du médecin

MycoHydralin

Clotrimazole

MycoHydralin®

Crème 30 g



6 118000 170358

Forme et Présentation Pharmaceutique

MycoHydralin® crème 1% : tube de 30 g de crème pour application locale.

Composition quantitative et qualitative

MycoHydralin® crème 1% : 1 g de crème contient 0,0

Excipients : Alcool benzylique, Alcool cétostéarylique

Polysorbate 60, Stéarate de sorbitan, Octyldodécane

Lot N° :

EXP :

PPV :

329 239
36,00
36,00

Classe Pharmaco-thérapeutique

Le clotrimazole est un antifongique à large spectre d'action, appartenant aux dérivés imidazolés.

Indications

Dermatomycoses dues aux dermatophytes, levures ou moisissures telles que :

- Les infections des lèvres vaginales, vulvite candidosique,
- L'inflammation du gland et du prépuce chez le partenaire sexuel due à des levures, exemple balanite candidosique.
- Les mycoses du pied et de la main (tinea pedum, tinea manuum),
- Les mycoses des surfaces et des plis cutanés (tinea corporis, tinea inguinalis),
- Pityriasis versicolor,
- Erythrasma.

Thérapie et Mode d'administration

Application par jour. Un ruban d'un 1/2 cm de long de crème est suffisant pour recouvrir la surface de la taille de la main. La durée habituelle du traitement

: 3-4 semaines

maines

AZI[®]

Azithromycine

500 mg

Voie orale

P P V 790 H 70
L PER 06 / 25
LOT L 2208

3 Comprimés
sécables

bottU SA.

82, Allée des Cessounnas - Alin Séchéu - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacie et Besoin

AZI[®]

Azithromycine

500 mg

Voie orale

P P V 790 H 70
L PER 06 / 25
LOT L 2208

3 Comprimés
sécables

bottU SA.

82, Allée des Cessounnas - Alin Séchéu - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacie et Besoin