

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

M22- 0027281

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3084 Société : 145790
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOUZAHIR HOURRA
Date de naissance :
Adresse : D. Nissir 4 Rue 3 N° 11 Casablanca
Tél. : 0667819336 Total des frais engagés : 387,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 26/12/2022
Nom et prénom du malade : BOUZAHIR HOURRA Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Candidose + Bouche sèche et toux
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) :

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

06/12/22 CS x7 18000 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

22/12/22 237,10

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

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

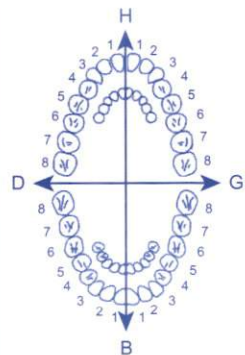
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

ORDONNANCE

le 12/06/2022

Mr/Mme Dr ZAHIR EL OUALJI

79,70 x 2

159,40

1) AZIN 500

41,70

2) Parfenidol 200

36,00

3) Mycohydralin
 200

237,10



صيدلية جابر بن حيان
 Pharmacie JABIR BNOU HAYAN
 شارع عبد الله السنجاوي الإبريسي 500
 500, Av. Abdellah Senjaoui, Brisele II
 ICE: 001808965000097
 Tel.: 0522815364

Signature du médecin

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

[Handwritten signature]

MycoHydralin

Clotrimazole

MycoHydralin[®]

Crème 30 g



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 :

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.

Posologie et Mode d'administration

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

3-4 semaines

semaines



AZIX[®]

Azithromycine

500 mg

Voie orale

PPV 790H70
PER 06/25
LOT L2208



3 Comprimés
sécalables



bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Seïda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b



AZIX[®]

Azithromycine

500 mg

Voie orale

PPV 79DH70
PER 06/25
LOT L2208



3 Comprimés
sécalables



bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Seïda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b