

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- 0006579

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7688 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FAOURI Nedja

Date de naissance :

Adresse : le même

Tél. : 0664620159 Total des frais engagés : 30,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casa

Signature de l'adhérent(e) : FAOURI

Le : 17/12/22

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

50,80

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

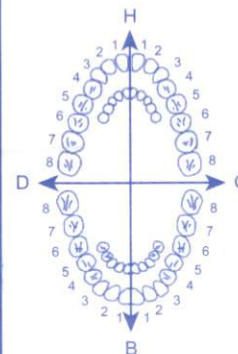
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

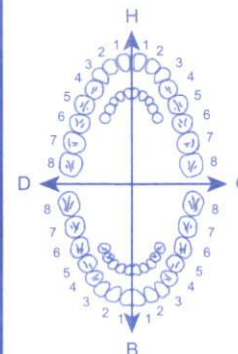
COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Pharmacie LA BRISE -



Narjiss SELASSI

0522990710/0622927010

38,rue abou abass el azfi. Maarif. , Casablanca

Facture N° 20230118-692

Date de vente : 17/12/2022

Médecin traitant :

MME NADIA FAOUZI

Maroc

Mle 76887

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ASPEGIC ST 1000MG B10 SACHET PM	1	30,80	TVA (7.00%)	30,80
FEBREX ST ADULTE SANS SUCRE B8 SACHETS	1	20,00	TVA (7.00%)	20,00

PHARMACIE LA BRISE
38, rue Abou Abass El Azfi. Maarif ext. Casablanca
Tél : 05 22 990 710 - 06 22 990 703 - 06 18 18 41 01
@ parafabrise@gmail.com la brise parapharmacie
ICE : 001688166000012 - INPE : 092037134

Total HT 47,48 DHS

TVA 3,32 DHS

Total 50,80 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cinquante DHS et quatre-vingts centimes

ASPEGIC®

ACÉTYLSALICYLATE DE DL-LYSINE

أسبيجيك®

أسيتيل ساليسيلات د.ل. ليسين

ASPEGIC 1g

ACÉTYLSALICYLATE DE DL-LYSINE

DOULEUR & FIÈVRE



1g / Adultes

10 sachets dose

Poudre pour solution buvable



SANOFI

INDICATIONS D'UTILISATION : Ce médicament contient de l'aspirine.

Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures et dans le traitement de certaines affections rhumatismales chez l'adulte (à partir de 15 ans).

Mode et voie d'administration : Voie orale.

Verser le contenu du sachet dans un verre puis ajouter une petite quantité de boissons (par exemple eau, lait, jus de fruit).

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE DES ENFANTS

Lire attentivement la notice avant utilisation.

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Conserver les sachets dans l'emballage extérieur, à l'abri de l'humidité.

LOT : 22E008
PER: 08 2024

ASPEGIC 1g
SACHETS B10

P.P.V : 30DH80



ASPEGIC + GROSSESSE = INTERDIT

أسبيجيك + حمل = ممنوع

Ne pas utiliser chez la femme enceinte.

لا يستعمل لدى النساء الحوامل.

مسحوق التحضير محلول للشرب - غلبة 10 كيس - جرعة

أسيتيل ساليسيلات د.ل. ليسين

أسبيجيك 1g للبالغين

FEBREX[®]

Sans Sucre

Adulte

- Rhume
- État Grippal
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite



8 Sachets de Granulés



Pharmed

Laboratoires Pharmaceutiques

Sans Sucre



Voie Orale

PHARMED LOT : 7594
UT.AV : 03-25
PPV : 20DH00