

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° P19- 061828

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2318 Société : RAM ND 37
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Mme HAROUCH AMINA
Date de naissance : 1956
Adresse : Attadamaoune Rue 1 Imm 80 App 5
Tél. : 0661871315 Total des frais engagés : 416,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :
Nom et prénom du malade : HAROUCH AMINA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Hypertension artérielle
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) :

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
01.03.2023	C2			<p>DOCTEUR NOUR EL KARINE EL KARINE MEDECIN OPHTALMOLOGISTE 24, BD RAHAL EL MESKINI CASABLANCA 022.44.28.94</p> <p>DOCTEUR NOUR EL KARINE EL KARINE MEDECIN OPHTALMOLOGISTE 24, BD RAHAL EL MESKINI CASABLANCA 022.44.28.94</p>
09.03.2023	C2			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE NAGUIB Dr Naguib Nadia 334, Bd Oued Daoura Oulfa - Casablanca Tél : 05 20 00 25 95</p>	01-03-23	416,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

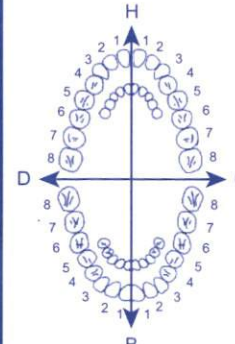
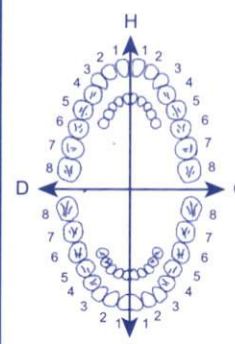
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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			
	<p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D 00000000 G 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

مصحة بوسيجور

CLINIQUE O.R.L. BEAUSEJOUR

Laithou Nour CL. 1911
Médecin Ophthamologiste
14, Bd. Rahal El Meskini - Casablanca
Tél : 05 22 44 20 64 / 05 22 44 28 94

22-10-2023

MAROUCHI Amine

TOBRADEX®
POMMADE OPHTHALMIQUE
0,3/0,1% PPV: 54,40 DH
Bouteille de 1 tube de 3,5 g
Laboratoires Sothema, Bouskoura
AMM N° 455/18 DMP/21/NiO



6 118001 070602
690206 MA

- Augmentin 1gr 5^{ks} / 7j 168,20
- Tobradex pde glibly 54,40
- corneregel gel ophtal 76,10
- dimato 25mg 4gr 3fl 65,00
- Bonstelle ophtalm 30,50
- Algental cr en candelion 22,20

1 gr 3 fl

PHARMACIE NAGUIB
Dr. Naguib
334 Bd. Oued Maourra
Oudra - Casablanca
Tél : 05 20 00 25 95

Dr. Laithou Nour
Médecin Ophthamologiste
14, Bd. Rahal El Meskini - Casablanca
Tél : 05 22 44 20 64 / 05 22 44 28 94

Corneregel Gel ophta 10g
ZENITH PHARMA
AMM N° 89/15 DMP/21/NNP
PPV 76,10 dh
Vignette
L1MA01 / 49809E300/1-MA

Di-INDO®

25 mg

PPV 65DH00

EXP 01/2025
LOT 10047 1

30 comprimés effervescents

PPV: 22DH20

PER: 12/24

LOT: L4077

Sterisoïn®

COMPRESSES
ADHESIVES

Une compresse adhésive de la gamme Sterisoïn® est une rondelle sur un support adhésif, adaptée à la forme anatomique.

Elle est utilisée pour les brûlures, les éruptions cutanées ou post-traumatiques (plaies ou irritations); elle protège contre les agents extérieurs (poussières, corps étrangers) et permet une luminosité et une ventilation optimales.

La compresse oculaire adhésive Sterisoïn® permet également de protéger l'œil, mais elle ne doit pas adhérer à l'œil.

Sterisoïn® peut être utilisée par :

pharmaciens, médecins, chirurgiens.

30-8
Après application, appuyer doucement sur la compresse afin de l'adhérer. Éviter de tirer la peau car toute tension pourrait provoquer une gêne. Appliquer la compresse avec les doigts sur le contour de la compresse.

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

1g / 125 mg

Sachets

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des repas,
pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الاكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 168,20 DH
LOT: 650799
PER: 08/24

