

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **que :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de réeducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## **taire :**

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.

## **adie 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

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

 **Maladie** **Dentaire** **Optique** **Autres**

## **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 3669 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : TAWFIK Hicham

Date de naissance : 10/03/1972

Adresse : HAY EL OMARIA IMP. 388 Rue 1 All. CHOK

Casa blanca

Tél. : 06 73 73 58 97 Total des frais engagés : ..... Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/08/2019

Nom et prénom du malade : TAWFIK Abderrahmane 09.10.19

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Epilepsie

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) : .....  


**ACCUEIL**

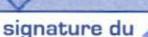
#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22/08/19 y		8	800 Dhs Drs. S. AF BEN YOUSSEF Pediatre-Neuropediatre Cabinet Casablanca de Neuropediatrie 0522 27 83 92 - E-mail : afbenyoussef@gmail.com	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHRIELA - MELUN SOCIETE SANTE Télé. 05 22 52 63 38 Fax. 05 22 52 63 39 L'ASSEMBLEE DU PEUPLE DU 10 JUIN 1996	22/08/96	714,63

## ~~ANALYSES - RADIOGRAPHIES~~

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr. AFAA B. PEDIATRE Centre d'ambulatoire de Neuropsychiatrie 221 83 92 Email : alfaa_ben@yahoo.fr	22/08/98	E.E.G.-	750 DHS.

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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

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 00000000 D ————— G 00000000 35533411	21433552 00000000 B 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

PPV 240460

EXP DA/2022  
LOT 930423

Dr  
Péd  
Epi  
Ma  
Mal  
Tro  
Ret  
Aut

Novopharma  
toiles  
ca. A. Faïdi, pharmacien Responsable  
é des enfants.

res, de lésions traumatiques ou infectées,  
Comment l'utiliser? Etendre une mince couche d'un  
peau de gaze; je NOVOPHARMA  
nord

AFAF

s et génétiques  
laires  
sages scolaires  
té

UTAV  
P.P.V.  
LOT  
140.00



POTASSIUM  
Siroop 125 ml

6 118000 031925

Lot

## ORDONNANCE

DATE : 22/07/2019 ..... AGE : ..... ANS 10

NOM : Tawfiq Abderrahmane POIDS : 25 KG.

EFI

Si 89,00

EFICAL Siroop 150 ml  
(pidolate de calcium)

6 118000 180340

1)- Dépoline soluté 20 ml

45mg - Flacon - 70ml x 03 fls

2)-

Soluté soluté 20 ml

Diluer 1/2 cuillère de sucre → 3 cuillères en cuillère et 1 cuillère en cuillère

3)-

Réhydratation liquide

Lipofolin - 2 cuillères - 2 cuillères x 15 jours

De Lipofolin - 1 cuillère - 2 cuillères x 16 jours

De Lipofolin et Liposir x 11 jours pas

reçu à Jules

pris 1/2 pris = 1/2 pris pris

2m,62 -

41- Licorice - 

1 rec T 1/2 min

29,00

51- Efudex - 

1 rec T à min

234,00 x 2

6)- Inoxum softgel 10g 

52,00



140,00

4)- Nels cream -   
application 1/2 x 1/2

53,00

81- Daktarin fl local -



1

1/2 x 1/2 add 1



**SYNTHEMEDIC**

22 rue soubeir bni al soum roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

10 mg

Gren GR 5 suus bu  
en sachets-dose

Boite de 28

6616 DMP/21/NNP

P.P.V: 234,00 DH

118001

021550

Respecter les doses prescrites

Voie buccale  
pour application locale

Daktarin® 2% gel buccal

Lot RDSA

EXP 10-2021

PC: 03400938673081

SN: 2213532844182062

**Daktarin® 2%**  
**gel buccal**

Maphar

Km 10, Route Côtier 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca

Daktarin gel buccal t40g

P.P.V : 53,00 DH

118001 180745

6 118001 021550

6616 DMP/21/NNP P.P.V: 234,00 DH

Boite de 28  
en sachets-dose

10 mg  
Gren GR 5 suus bu

22 rue soubeir bni al soum roches  
noires casablanca

SYNTHEMEDIC