

# 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.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

Biologie 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.

Education :

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.

Thérapie :

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

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](http://www.mupras.com)

## Déclaration de Maladie : N° S19-0018267

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2695 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Houari NADIA Date de naissance : 23/11/1955

Adresse :

Tél. : 06.61.26.50.39 Total des frais engagés : ..... 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 : .....

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) : .....

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° S19- 0018267

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

# 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 rééducation.
- 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.

## Déclaration de Maladie : N° P19-0013357

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2695

Société : .....

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....

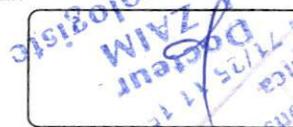
Nom & Prénom : HOUARI NADIA Date de naissance : 23/11/1955

Adresse : 3, Rue de la Corniche lot Youssef ben Ali CASA

Tél. : 05.61.26.50.39 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/10/2019

Nom et prénom du malade : HOUARI NADIA Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : opérée de la prostate

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : M. H. Le : 14/10/2019

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@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 caractére 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](http://www.mupras.com)

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Centre Commercial Parc des Sports Tél: 9822 3933	12/10/18	375.36

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

## 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.

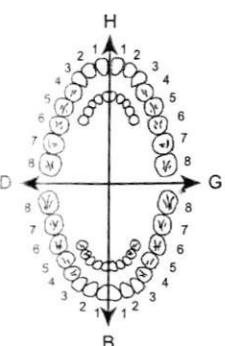
### Important :

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[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



Casablanca le : 10.10.19

ORDONNANCE MEDICALE

Concernant ... *Mme Haven Nadia*

- **PHYLARM** *30*  
1 Rinçage 2 fois par jour
- **INDOCOLLYRE** *30*  
1 goutte 4 fois par jour
- **EXOCINE Collyre** *30*  
1 goutte 4 fois par jour
- **CILOXAN Pommade** *30*  
1 Application 1 fois par jour le soir
- **FRAKIDEX Collyre** *30*  
1 goutte 4 fois par jour pendant 15 jours
- **COMPRESSES OPHTALMO STERILES**
- **CATEX CP 250 MG**  
*1cp 2 fois par jour pendant 5 jours*

Dr J. A. M.  
Ophthalmologiste

Pharmacie Parafax Ria Dad  
Centre Commercial Parafax 1000  
Tel: 05.22.25.33.01

Traitement œil *galer*  
Traitement de 1 mois

Urgence 24/24

Le pH 7,4 physiologique de l'PPV facilite l'absorption et l'action du lycopérolide dans l'œil.

• PHYLARM est indiqué pour :

AFRIC-PHAR

LOT

191094

EXP

12/2021

PPV: 79 DH 40

ZENITH Pharma

AMM N° 218/16 DMP/21/NRQ

PPV : 24,60 DH

LOT/ Serial

FAB/ Date

EXP/ Date

H324

03-2018

03-2020

l'allergie et

l'efficacité

la surface oculaire.

PHYLARM permet une élimination des allergènes et polluants atmosphériques présents à la surface de l'œil, par irrigation.

PHYLARM calme la symptomatologie :

- Sensation d'irritation
- Sensation de gêne oculaire
- Gêne oculaire
- Sensation de picotement
- Démangeaison interne de l'œil
- Sensation de fatigue oculaire
- Fatigue oculaire

D.m.a: 11/2016

BTRO01/V1

INDOCOLLYRE 0,1%

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

PPV: 52,00 DHS

AMM N° 270 DMP/21/NRQ

LOT/ Serial

FAB/ Date

EXP/ Date

H4238

11-2018

03-2020

58,00

Flacon INDICATION

OPHOCO.100

REF

2019-03 1000022

2024-02

304)

Lot n° :

Fab :

EXP :

RONDELLES OCULAIRES  
ADHESIVES - ADULTE



CILOXAN® 0,3%

POMMADE OPHTALMIQUE

Remboursable AMO

tube de 3,5 g

Laboartatoires Solhema

A.M.M. N° 86/DMP/21/NNP

PPV: 60,00 DHS



6 118001 070855  
69227-3 © 2007, 2011, 2014 Novartis

HER MEDIC  
PPV  
60,00 DHS

CENTRE COMMERCIAL PARANFA AIN DIAB  
 CASABLANCA  
 Tél : 0522-39-34-01  
 Patente : 35624189, ICE:001823934000003

**Facture N° 121 232 Du 11/10/2019**  
**HOUARI NADIA**

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
CL	PHYLARM/16 DOSES	1	83,00	83,00
PA	COMPRESSE OCUL HYDRA	1	30,45	30,45
CL	EXOCINE	1	40,40	40,40
CL	FRAKIDEX	1	24,60	24,60
CL	INDOCOLLYRE 0,1 %	1	58,00	58,00
PO	CILOXAN PDE OPH	1	60,00	60,00
CO	CATEX 250 MG/10CP	1	79,40	79,40
7	<b>Total</b>	7		<b>375,85</b>

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : 375,85  
 TROIS CENT SOIXANTE-QUINZE DIRHAMS ET QUATRE-VINGT-CINQ CENTIMES

Pharmacie Paranfa Aïn D  
 Mme BEN NADIA Aïn D  
 Centre Commercial Paranfa Aïn D  
 Tél : 0522-39-34-01

*Alam*