

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.

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.

Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com
Mise 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



Déclaration de Maladie : N° S19- 0000354

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05346 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAULATIF MOSTAFA Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 67 86 39 59 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31 / 10 / 19

Nom et prénom du malade : Maulatif Mostafa Age : 15

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Asthme - Hypertension artérielle

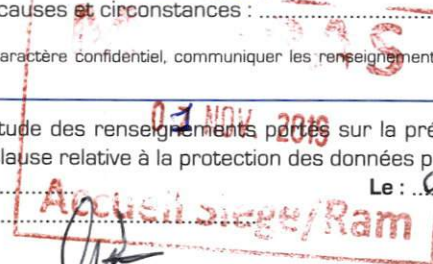
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 01 / 11 / 19

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
31/10/19	C			DR. FATHA MISTAPHA C.S. MACHROUF, S.M. BERNOUSSE Medecin Généraliste SASBELANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SAHNOUN Dr. Fatima SAHNOUN Bd. Med Zafaf Hay At Walaa Im. 11 Tel: 0522 70 05 00 - FAX: 092051762	31/10/19	206,90

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

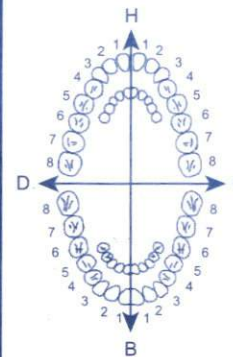
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

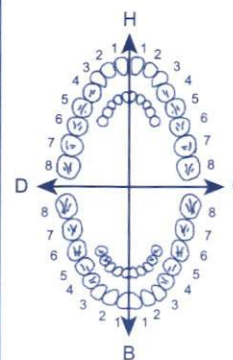
Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	G	
	25533412 00000000	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	00000000 35533411	00000000 11433553	
			MONTANTS DES SOINS
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

ORDONNANCE

Le : 31/10/19

Naoutatif Hind

124.00

- Soléa 1g salt
Mm

44.50

- Apleat 4g
Mx 3/3

15.70

- Toplexil 8mg
1 ca x 3/3

22.70

- Rinomucil 500
Mx 1/1

206.90

061902



Pharmacie S.HINOUM
Dr. Fatima SHINOUM
Bd. Med. Zaïrat Hay Al Walaï 101
Tel: 0522 70 16 00 - 0522 70 16 01



Toplexil®

Oxorméazine 0,33 mg/ml

Sirop

Veuillez lire attentivement l'intégralité avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour vous.

- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre pharmacien.
- Gardez cette notice, vous pourriez en avoir besoin.

Si vous avez besoin de plus d'informations, adressez-vous à votre pharmacien. Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE TOPLEXIL sirop, ET COMMENT L'UTILISER ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS IMPORTANTES AVANT DE PRENDRE TOPLEXIL sirop ?
3. COMMENT PRENDRE TOPLEXIL sirop ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES ?
5. COMMENT CONSERVER TOPLEXIL sirop ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES
1. QU'EST-CE QUE TOPLEXIL sirop, ET COMMENT L'UTILISER ?

ANTIHISTAMINIQUE A USAGE SYSTEMIQUE

(R. Système respiratoire)

Ce médicament contient un conservateur

- antihistaminiques,
- antécédent d'agranulocytose (diminution des globules blancs dans le sang),
- difficulté pour uriner d'origine

TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML

P.P.V : 15DH70



LOT : 9MA094
PER : 05 2021

124,00

22,70

APENAT Cpr Bte 15
PPC : 44,50 DH

Ut av : Lot :
Avr / 2022 190258

MEDIPRO PHARMA

مختبرات الصيدلة فارما 5
ياسمين لحلو فلاللي
صيدلي مسر