

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 055339

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3280 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SALHI RABHA
Date de naissance : 1949 à CASA
Adresse : 2 Rue NAORIS (ex Mouettes)
Ferme Bretonne CASA 02
Tél : 0669095376 Total des frais engagés : 47,50 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 : CASA Le : 01 / 02 / 24

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

01/02/2024

47,50

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 :

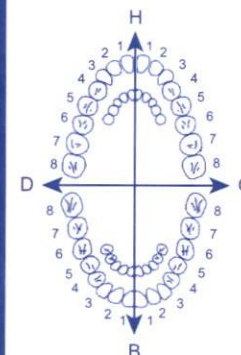
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

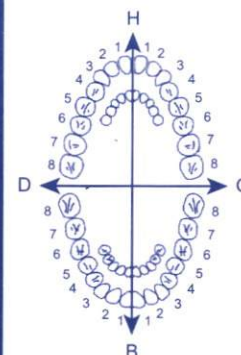
FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie ODYSSEE - Casablanca

AMOR ASMAA
0522255263
15 BIS RUE TANANE FERME BRETONNE, CASABLANCA



Facture N° 20240227-331

Date de vente : 01/02/2024
Médecin traitant :

Salhi Rabha
Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
DIFAL 50G 1% GEL GM	1	38,20	TVA (7.00%)	38,20
AUREOMYCINE PD 3% POMMADE DERMIQUE	1	9,30	TVA (7.00%)	9,30

Total HT	44,39 DHS
TVA	3,11 DHS
Total	47,50 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : quarante-sept DHS et cinquante centimes

PHARMACIE ODYSSEE
Asmaa AMOR
15 bis, Rue Tanane, Ferme A.
Beauséjour Casablanca
Tél/Fax: 0522 255 263

120x31x26
16


پروموفارم ش.م.
PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc

Composition :
Chlortetracycline chlorhydrate 0,45 g
Excipients q.s.p. 15 g

AUREOMYCINE® 3%

Chlortetracycline chlorhydrate
Pommade dermique - Tube de 15 g

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240051

أوريومي سين® 3%

كلورتتراسيكلين كلوريدات
مرهم جلدي - أنبوب 15 غ

AUREOMYCINE 3%
Pommade

2CS0013.V01

IDEALCO

AUREOMYCINE® 3%

Chlortétracycline chlorhydrate
Pommade dermique - Tube de 15 g

08.60



Composition :

Diclofénac sodique 1 g
Excipients q.s.p 100 g
Tube de 50 g - Usage externe

AMM N° : 04 DMP/21/NNP

Dr. Maria MAFTOUH - Pharmacien Responsable

مختبرات جالينيكا - م.ص. أولاد صالح - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

DIFAL®

Diclofénac sodique - Gel 1%
Tube de 50 g



P.P.V. : 38,20 DH



6 118000 191353

160x43x30

جالينيكا

أنبوب 50 غ

LOT: 10948
PER: 10/23

إلتهاب العضلات و المفاصل
آلام الروماتيزم



إستعمال خارجي

ديفال

ديكلوفيناك صديومي
هلام 1% - أنبوب 50 غ

EDF071V1

Usage externe - Ne pas avaler
Conserver à une température inférieure à 25°C.
Tenir hors de la portée des enfants

إستعمال خارجي - لا يبلع.
يحتفظ به في أقل من 25 درجة مئوية.
لا يترك في متناول الأطفال.

الإرشادات - حالات عدم الإستعمال - المقادير وكيفية الإستعمال : إقرأ البيان داخله.
Indications - Contre-indications - Posologie et mode d'emploi : lire notice intérieure.

يطبق مع تدليك لطيف مطول فوق المنطقة المؤلمة أو الملتهبة حتى الإخترق الكامل
Appliquer par massage doux et prolongé sur la région douloureuse ou enflammée
jusqu'à complète pénétration.

Lot N° / Date Per. :

DIFAL®
diclofénac sodique
Gel 1% - Tube 50 g



Inflammation des muscles et des articulations
Douleurs rhumatismales

Tube de 50 g

Usage externe

GALENICA