

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 a été créée par l'Union Marocaine du Travail (UMT) et la Fédération Marocaine des Employés (FME) pour offrir à ses membres une couverture sociale complète et moderne.



Déclaration de Maladie

N° W19-480139

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11365 Société : _____
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : BENZAI DOUINE ANASS
 Date de naissance : _____
 Adresse : _____
 Tél. : 0667207864 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, le déclarant s'engage à transmettre les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis 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) : _____



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Montant des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																	

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-339921	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-339921

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle
Nom & Prénom BENZAIDOUNE ANAS		
Fonction chef d'escad	Phones	
Mail		
MEDECIN	Prénom du patient EL BORDJEN	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age	Date 7 JAN 2019	Date 1ère visite
Nature de la maladie		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
2001101		2001101
PHARMACIE		Date 17/09/2019
Montant de la facture		36,00
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

PHARMACIE BA HMAD
Mme EL ALI Charaf
Bo Ba Hmad Belvédère - Casablanca
Tél: 05 22 22 22 22 - INPE: 0920 22 22

Dr. Nejmeddine SLIMANI

**GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR
SPECIALISTE**

Titulaire du C.E.S.

**d'Obstétrique et de Gynécologie
de la Faculté de Médecine de Reims (France)**

**Stérilité - Echographie - Maladies des seins
Chirurgie Gynécologique**

20, Rue Chenier - Place 16 Novembre

Tél : 0522 29 50 32 / 0522 22 36 00

CASABLANCA

الدكتور نجم الدين سليمان

اختصاصي في أمراض النساء والتوليد

خريج كلية الطب برامس (فرنسا)

الجراحة النسائية - العقم

الفحص بالأشعة فوق الصوتية

أمراض الثدي

20 زنقة شونبي - ساحة 16 نونبر

الهاتف: 0522 29 50 32 / 0522 22 36 00

الدار البيضاء

Casablanca, le : **17 JAN. 2019**

EL BADOUCI HIZONE

Présent - Non x 2

2 - 2T

x 3

36,00

Casablanca

2 - 2

**Dr. Nejmeddine SLIMANI
Gynécologue - Accoucheur
20, Rue Chenier - Casablanca
Tél : 0522 29 50 32 / 0522 22 36 00**

✓

T = 36,00

**PHARMACIE BA HMAD
Mme. ENJI Charafa
82, Bd. Ba Hmad Belkadda - Casablanca
Tél : 05 22 24 75 39 - INPE : 092013085**



Canesten® 1%

Lot : 36,00

PER : _____

P.F.V : _____

maceutiques

de 20 g de crème pour

le 30 g de crème pour

on de 20 ml de solution



Canesten®

Crème
30 g

qualitative

crème contient 0,01 g de clotrimazole.

Excipients : Alcool benzylique, Alcool cétoestéarylique, Cétylpalmitate, Polysorbate 60, Stéarate de sorbitan, Octyldodecanol.

Canesten® solution 1% : 1 ml de solution contient 0,01g de Clotrimazole.

Excipients : Macrogol 400.

Classe Pharmaco-thérapeutique

Le clotrimazole est un antifongique à large spectre d'action, appartenant aux dérivés imidazolés.

Indications

Dermatomycoses dues aux dermatophytes, levures ou moisissures telles que :

- Les mycoses du pied et de la main (tinea pedum, tinea manuum),
- Les mycoses des surfaces et des plis cutanés (tinea corporis, tinea inguinalis),
- Pityriasis versicolor,
- Erythrasma.

Canesten® crème 1% est en plus indiquée dans :

- Les infections des lèvres vaginales, vulvite candidosique,
- L'inflammation du gland et du prépuce chez le partenaire sexuel due à des levures, exemple balanite candidosique.

Posologie et Mode d'administration

Applications par jour. Un ruban d'un 1/2 cm de long de crème ou quelques

solution sont suffisants pour traiter une surface de la taille de

habituelle du traitement est la suivante :

es : 3-4 semaines

: 2-4 semaines

58118578
1/11/2003