

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.

Educations :

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0039829

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1284 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KARMOUSS MOHAMED
Date de naissance :
Adresse : 68 Rue magador
Tél. : 06 69 22 56 94 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 19/11/2019
Nom et prénom du malade : KARMOUSS MOHAMED
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) : *Karmouss*

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
19/11/2019	2	2	2500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la facture

PHARMACIE DU MID
Dr BENNANI K. Med Amine
10, Rue El Jadida A.M
CASABLANCA

19/11/19

67890

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

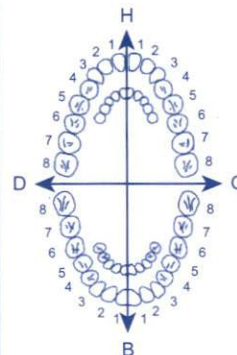
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

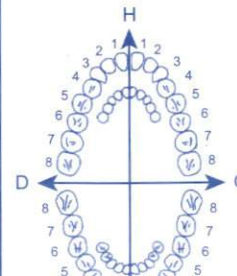
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS



Docteur A. BELHOUCINE DRISSI

Spécialiste de la Faculté
de Médecine de Paris

Membre de la société
Française de Dermatologie

Maladies et chirurgie de la peau
et de cuir Chevelu

Maladies Sexuellement Transmissibles

Ancien Dermatologue à l'hôpital Ibn Rochd

الدكتور ع. بلحسين الإدريسي

اختصاصي من كلية الطب بباريس

عضو في الهيئة الفرنسية

للأمراض الجلدية

أمراض وجراحة الجلد والشعر

الأمراض التناسلية

طبيب بمستشفى ابن رشد سابقا

19 NOV 2019

Casablanca, le في الدار البيضاء،

PHARMACIE DU MIDI

Dr BENNANI K. Med Amine

10, Rue El Jadida A.M

CASABLANCA

η-KARTUSS ΠΕΙ)

50200

cy cunur 800

un geluk bous le 4/4

1660

The first son boughen

une BETINDINE nous

5910

se cunur plus affeur

10120

cy cunur cunur

5060

x2

67890

PRIMA B FURT 1 2600

en composite 3 ps Jour

Centre de Chirurgie DRIS
Matologie Médicale et Chirurgicale
M.S.T.
Bd du 11 Janvier
05.22.22.35.08 / 05.22.28.08.33
05.22.28.08.33

CICLOVIRAL[®]

Aciclovir

COMPOSITIONS

• Comprimé à 200 mg :	200 mg
Aciclovir (DCI)	1 comprimé
• Comprimé à 400 mg :	400 mg
Aciclovir (DCI)	1 comprimé
• Comprimé à 800 mg :	800 mg
Aciclovir (DCI)	1 comprimé
• Crème :	5 g
Aciclovir (DCI)	100 g
• Poudre pour solution pour perfusion I.V. :	250 mg
Aciclovir (DCI)	1 flacon-ampoule

FORMES ET PRESENTATIONS

- Cicloviral 200 mg, comprimés
- Cicloviral 400 mg, comprimés
- Cicloviral 800 mg, comprimés
- Cicloviral 5 %, crème dermatique
- Cicloviral 250 mg, poudre pour solution pour perfusion I.V.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Antiviral

NOM ET ADRESSE DE L'EXPLOITANT

Laboratoires AFRIC-PHAR
Rouge Régionale Casablanca / Mohammeda n° 322 Km 12 400 - Ain Harrouda 28630 Casablanca - Maroc

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- Sujet immunodéprimé :
- Prévention des infections à virus Herpes simplex (HSV).

V Voie orale

Sujet immunocompétent :

Si vous découvrez que vous êtes enceinte, contactez votre médecin ou le responsable de la dotation de votre pharmacien.

Interactions avec d'autres médicaments :

Ce médicament est contre-indiqué en association avec la levodopa.

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Interactions avec les aliments et les boissons :

Sans objet.

Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement :

Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse.

LOT: 192082 EXP: 01/22
PPV: 502DH00

PPV

LOT

PER

50,60

PPV

LOT

PER

50,60

s induites par l'acidoalose chronique

dites par l'acidoalose chronique