

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## ologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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 Alial 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



Maladie

Dentaire

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3711 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAMMOU

Date de naissance :

21.04.1951

Adresse :

5, Rue de l'Herault Blok 10000 CASABLANCA

Tél. : 0661238470

Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HAMMOU Ali Selouah Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

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 : Casablanca

Le : 26.05.2020

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-046492

Achat libre

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 : 3711

Nom de l'adhérent(e) : HAMMOU

Total des frais engagés : 58,40 Dhs

Date de dépôt :

#### **RELEVE 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
<b>PHARMACIE NADOR</b> LAHLOU Abdelali Rue l'Hérault Av. Nadir-Pole 26/05/16 Tél: 0522 28 08 76	26/05/16	58.100 Dh

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

#### VOLET ADHERENT

SEARCHED

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
D				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE NADOR

LAHLOU ABDELALI

3 RUE DE L'HERAULT POLO CASA

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 33500003

N° R.C. : 366307

N° CNSS : 2068329

N° ID.F. : 20719901

N° ICE 001837763000070

Tel : 022280576

Fax

MR HAMMOU ABDELOUAHED

I.C.E. :

Le : 26/05/2020

FACTURE N°: 5295/20

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	SOLUPRED 20MG 20 CP	58,40		58,40

Total : 58,40

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CINQUANTE HUIT DIRHAMS ET QUARANTE CTS

PHARMACIE NADOR  
LAHLOU Abdelali  
3, Rue l'Héault Av. Nadir-Pôle  
Casablanca. Tél: 0522 28 05 76

# Solupred® 20 mg

Prednisolone 20 mg

Comprimé effervescent



sanofi aventis

- Veuillez lire attentivement l'intégralité notice avant d'utiliser ce médicament.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, si vous doutez, demandez plus d'information à votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre. Il pourrait lui être nocif.

58,40

## Solupred® 20mg

20 Comprimés  
effervescents



6 118000 060536

### **IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT**

#### **Composition**

Métaulfobenzate de prednisolone et de sodium

quantité correspondant en prednisolone à ... 20 mg

Excipients<sup>1</sup>. Acide tartrique, acide citrique

anhydre, bicarbonate de sodium, benzoate de

lithium, citron arôme naturel, saccharinate de

sodium, silicone émulsion anti-mousse.

Chaque comprimé contient 50,80 mg de sodium.

### **Forme pharmaceutique et présentation**

Comprimé effervescent (flacon (verre) de 20).

que "interactions  
réactions"

MENTENT: peuvent cau-  
ser des réactions

### **Précautions d'emploi**

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

En cas de traitement prolongé ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre,