

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 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

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 : 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° W19-536103
N° 34625

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12509 Société : RAN
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : BENZAKI ALAE
 Date de naissance : 05/03/86
 Adresse : Ras Paha 3 box yasmine 2 Apt 2 C.P. 20120 Casa
 Tél. : 673572938 Total des frais engagés : 99,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : ANE'OUY BENZAKI Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Accouchement par Césarienne
 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 : 28/04/2020
 Signature de l'adhérent(e) : AP

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
25/11/2020	Pédiatre			

EXÉCUTION DES DONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
	95,60

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

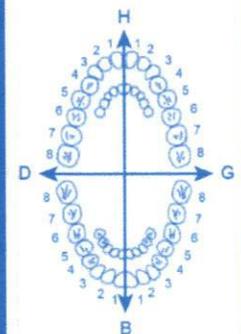
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le : 28/04/2022 : الدار البيضاء، في:

Mme de M. BOUTARI

Σ = 348 g.

1 - Dermasept Spray

28,50

Eosine spray

AS

Soins de l'Ombilic 2 x jr

2 - Compresses Stériles

26,40

3 - Tobrex collyre

1 gtte x 3 f pdt 8 jr

AS

PHARMACIE DALAL
24 Bis, Rue des Vanneaux
Oasis - Casablanca
05 22 99 27 54 - Fax: 05 22 23 02 92

44,70

4 - Konakian pédiatrique

1 ampoule / semaine pdt 5 Semaines

Dr. Enoka

PHARMACIE DALAL
Rue des Vanneaux
Casablanca
05 22 99 27 54

5 - Mouche bébé

99,60

AS

Dr. Amal DAMIR
الطبيبة أمال ضمير
Pédiatre
الطبيبة المتخصصة في أمراض الأطفال والرضع - حيدوي - الدار البيضاء
05 22 33 57 20 - هاتف : 05 22 33 57 20
الطبيب المساعد

6 - Sérum physiologique

Rdv : pour le vaccin de BCG

26140



NIVEAU

Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la
notice

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION

NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I. Uniquement sur ordonnance



TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION
Tobramycine
Alcon®

TOBREX® 0,3 %
Collyre 5 ml

Remarque: AMO



6 118000 020417

Konakion® MM

Phytoméнадione

10 mg



5 ampoules de 1 ml

BOTTU SA
PPV : 44 DH 70

For i.v. or oral administration

Mixed-micelles solution

Medicine: keep out of reach of children

Dosage and administration: see package insert

Do not store above 25 °C.

Protect from light

Do not use if the solution is turbid

Pour administration i.v. ou orale

Solution de micelles mixtes

Médicament: tenir hors de portée des enfants

Posologie et emploi: voir notice d'emballage

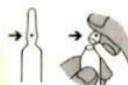
A conserver à une température ne dépassant pas

25 °C et à l'abri de la lumière

Ne pas utiliser si la solution est trouble

1 ampoule = 1 ml =

10 mg phytomenadione (vitamine K₁)



NS
MFD
LOT
EXP

GTIN (01)04260095681843

Konakion® MM
Phytomenadione

10 mg



5 ampoules of 1 ml

CHEPLA
PHARM
Arzneimittel

