

VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ons générales :

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

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.

vacance :

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.

que :

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.

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



Declaration de Maladie

N° P19- 0044101 12407

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02407

Société : 36567

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KA ROUACHE Dine

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ABOUYOUS Omar
DERMATOLOGUE
227, Bd. Mohamed V - Casa
Tél. : 022 31.67.67
Fax : 022 30.99.04

13 AOÛT 2020

ACCUEIL

Date de consultation : 10/06/20

Nom et prénom du malade : M- KAROUACHE Dine Age : 34/03/87

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Dentaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

12 AOÛT 2020

ACCUEIL

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) :

[Signature]

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/06/20	Cs	1	259,00	Dr. ABDOU MOHAMMED V. DERMATOLOGUE 227 Bd. Mohamed V - Casablanca Tél. : 022 31 67 61 Fax : 022 30 99 04

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ANAFE 37, Rue de la Liberté Tél. : 05 22 27 41 94 - Casablanca	10/06/2020	301,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

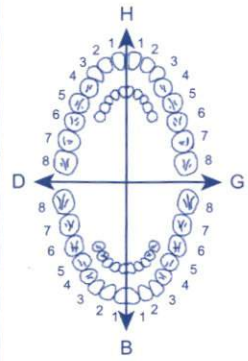
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

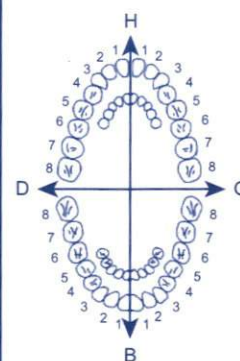
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le : 10 JUIN 2020 في الدار البيضاء،

M^r KAROUACHE Driss

1 - Topicort crème : 2 flacons

2 x 24,60 Des fois / j jusqu'à

guérison ps 1 fois / j pendant
10 jours. Lui chercher

2 - Hellamome cr : 1 boîte 15

40,10

212,80

1 cr / j (m). pendant

15 jours.

3 - Sensitiv D.S crème : 1 tube

301,50

2 fois / j (nt et m). Vierge

دواعي الإستعمال - موانع الإستعمال
احتياطات الإستعمال:
انظر النشرة داخل العلبة

AMM N° 17 DMP/21

INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS

PRECAUTIONS D'EMPLOI : Voir notice



مخابر المستحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا
21, زنتة الأوداية - الدار البيضاء - المغرب

LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD
21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

HISTANORM® ○
15 comprimés 10 mg



هيستانورم® 10 ملغم
لوراتادين

15 قرصا



FORMULE UNITAIRE :

Loratadine 10 mg
Excipient qsp 1 comprimé

Cette boîte contient 150 mg de Loratadine

الجرعات : حسب إرشادات الطبيب

POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription du médecin

لا يترك في متناول الأطفال

لا تتجاوز الجرعات المحددة

NE PAS DEPASSER LA DOSE PRESCRITE

Ne pas laisser à la portée des enfants

HISTANORM[®] 10 mg

Loratadine

15 comprimés



لابروفان
LAPROPHAN

15 قرصا

هستانورم[®]

10 ملغم