

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES PEJETS

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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

éducation :

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° P19- 0040341

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1480 Société : RAM (54874)

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELMOUSTI RACHID

Date de naissance : 26-06-49

Adresse : cdt ATTADAMOUNE Rue 2 MG OULFA CASABLANCA

Tél. : 0663875063 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZAIM KENZA
Service de Médecine Interne
CHU Ibn Rochd - Casablanca

Date de consultation : 25 / M / 2020

Nom et prénom du malade : EL MOUSTI RACHID Age : 72

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : troubles digestifs

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 : 25 / 11 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
25/4/20	C		6	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie IAM Dr. Bennani Jaafar Bd Oued Sebou - Ouf CASABLANCA Tél: 0522 99 18 99	25/11/2020	431,80 DA

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	<i>25/10/20</i>		

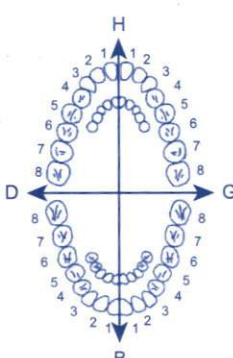
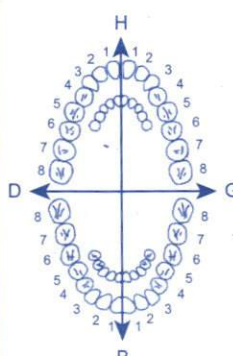
[illegible]

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 d

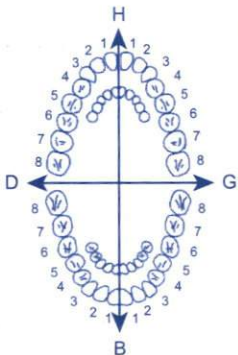
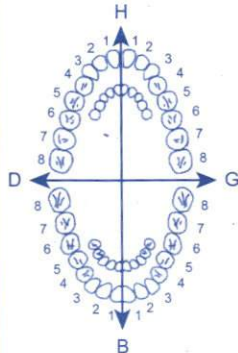
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin: 10px auto; width: 80%;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	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 PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

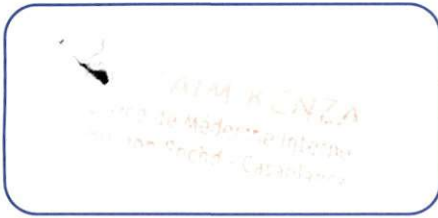
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

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 Cœfficient MASTICATOIRE			
	<div><div>H</div><div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div></div></div><div><div>D</div><div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div><div>G</div><div><div>00000000</div><div>11433553</div></div></div><div>B</div></div></div>				Coefficient des Travaux
					Montants des Soins
					Date du Devis
					Date de L'Execution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE



Casa, le 25/11/20

Nom / Prénom : EL MOUSTI RAETHID

123,60
1) Iuxum TAM 40
S.V.

60x2
120,20
2) A7 500 TAM
S.V.
1cp/j x 6 jrs

29,30
3) Zyrdol 500 TAM
S.V.
1cp x 3 / j x 1 sem.

21,20
4) Vernox 100 TAM
S.V.
1cp x 2 / j x 3 jrs

63,00x2
126,00
5) Probiotis TAM
S.V.
1gel x 2 / j x 1 mns

JTL 431,80

Pharmacie TAM

Dr. Bennani Jaafar

302, Bd O. Sebou - Cella

CASABLANCA

Tél: 0522 25 12 95

Dr. ZAIM KENZA

Service de Médecine Interne

CHU Ibn Rochd - Casablanca

Pharma Plus

G.U.M.

GENCIVES SAINES, VIE SAINE

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boite 16
641/50 MP/21/ARO P.P.V: 123,60 DH
6 118001 020607

AZ® 500 mg
Azithromycine
Boite de 3 comprimés
PPV : 60,00 DH
6 118000 190097

2,1,20

AZ® 500 mg
Azithromycine
Boite de 3 comprimés
PPV : 60,00 DH
6 118000 190097

Vermox® 100 mg
6 comprimés
6 118000 012092

ZYRDOL® 500 mg 20 comprimés
pelliculés
PPV 290DH00 EXP 08/2022
LOT 94082 3



Gélule
Voie orale

Probiot

Saccharomyces boulardii

LOT: 190201
DLUO: 05/2021
69,00 DH

Fabriqué par :

Deva
Pharmaceutique
146-147 Zone Industrielle
Tt Mellil, Casablanca

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Saccharomyces boulardii (2.10^{10} CFU/g) ..282.5 mg
Maltodextrine, Enveloppe : Hypromellose colorant : d

FORME ET PRESENTATIONS :

PROBIOTIS : Gélule végétale. Boîte de 10 et 20

PROPRIÉTÉS :

PROBIOTIS permet d'aider à renforcer la défense et le confort intestinal

VOIE D'ADMINISTRATION ET UTILISATIONS

Voie orale

Adulte : 1 à 2 gélules 1 à 2 fois par jour.

Enfant : 1 gélule par jour.

A avaler avec un verre d'eau.

Enfants de moins de 6 ans : il est recommandé de ne pas avaler les gélules (risque de fausse route) mais de les ouvrir et d'en verser le contenu dans une boisson ou un aliment.

PROBIOTIS étant constitué de levures, ne doit pas être mélangé avec un liquide ou un aliment trop chaud (plus de 50°C), ou glacé.

DUREE RECOMMANDEE D'UTILISATION

Durée moyenne d'utilisation 7 jours.

LIMITES EVENTUELLES D'UTILISATION

-Porteur d'un cathéter veineux central.

-Allergie aux levures, spécialement à S. boulardii

CONDITIONS DE CONSERVATION

A température ne dépassant pas 25 °c, conserver à l'abri de l'humidité

Ne pas dépasser la dose recommandée.

Garder hors portée des enfants.

A conserver dans un endroit sec et frais

PROBIOTIS / Autorisation ministère de la santé n° : DA20181805319DMP/20UCAV1

Deva
Pharmaceutique

146-147 Zone Industrielle Tt Mellil, Casablanca



Gélule
Voie orale

Probiot

Saccharomyces boulardii

LOT: 190201
DLUO: 05/2021
69,00 DH

Fabriqué par :

Deva
Pharmaceutique
146-147 Zone Industrielle
Tt Mellil, Casablanca

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Saccharomyces boulardii (2.10^{10} CFU/g) ..282.5 mg
Maltodextrine, Enveloppe : Hypromellose colorant : d

FORME ET PRESENTATIONS :

PROBIOTIS : Gélule végétale. Boîte de 10 et 20

PROPRIÉTÉS :

PROBIOTIS permet d'aider à renforcer la défense et le confort intestinal

VOIE D'ADMINISTRATION ET UTILISATIONS

Voie orale

Adulte : 1 à 2 gélules 1 à 2 fois par jour.

Enfant : 1 gélule par jour.

A avaler avec un verre d'eau.

Enfants de moins de 6 ans : il est recommandé de ne pas avaler les gélules (risque de fausse route) mais de les ouvrir et d'en verser le contenu dans une boisson ou un aliment.

PROBIOTIS étant constitué de levures, ne doit pas être mélangé avec un liquide ou un aliment trop chaud (plus de 50°C), ou glacé.

DUREE RECOMMANDEE D'UTILISATION

Durée moyenne d'utilisation 7 jours.

LIMITES EVENTUELLES D'UTILISATION

-Porteur d'un cathéter veineux central.

-Allergie aux levures, spécialement à S. boulardii

CONDITIONS DE CONSERVATION

A température ne dépassant pas 25 °c, conserver à l'abri de l'humidité

Ne pas dépasser la dose recommandée.

Garder hors portée des enfants.

A conserver dans un endroit sec et frais

PROBIOTIS / Autorisation ministère de la santé n° : DA20181805319DMP/20UCAV1

Deva
Pharmaceutique

146-147 Zone Industrielle Tt Mellil, Casablanca