

## 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.



## Déclaration de Maladie


M22- 0030839 *Corrie*

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
 Nom & Prénom : *Lechehab Najat*  
 Date de naissance : *11.12.1958*  
 Adresse : *BD chahada Lot Humanni NR 13 20100*  
 Tél : ..... Total des frais engagés : *20460 DH* Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : *11/03/23*  
 Nom et prénom du malade : *Najat Lechehab* Age : *1958*  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : .....  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....  
 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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0030839

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 : .....  
 Nom de l'adhérent(e) : .....  
 Total des frais engagés : .....  
 Date de dépôt : .....

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 14/03/2023      | cnf.sx            |                       | 10200                           |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

14/3/2023

10460

## 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

## VOLET ADHERENT

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

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

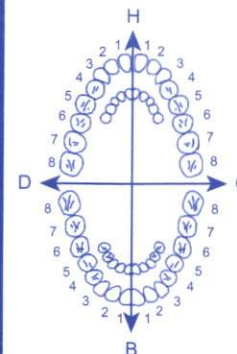
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

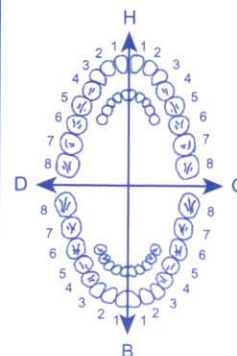
FIN  
D'EXECUTION

## 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



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

Hôpital Sans Tabac

ORDONNANCE  
وصفة طبية

Oujda, le : 21/11/23

Nom prénom : Aiyat Leclercq

N° de dossier :

Ville : 6/55/23 39 52 53

376  
7136  
Lysanxan 500mg  
0 - 0 - 10  
Sté Pharmacie IBN MACHICH SARL  
41, Bd. Hassan II - 60 000 Oujda  
Tel. : 05 36 69 02 25

Pris  
Sté Pharmacie IBN MACHICH SARL  
ش. صيدلية ابن موشيش  
41, Bd. Hassan II - 60 000 Oujda  
Tel. : 05 36 69 02 25

0 - 0 - 3  
5 pch 55  
5 pch 55

15800  
Peramasc 15  
10460 rep 15  
Arr 15

DURÉE DE TRAITEMENT : 15  
RENDEZ-VOUS LE : 15  
مدة العلاج :  
الموعد المقبل :

دواعي الاستعمال - موانع الاستعمال : أنظر النشرة.

الجرعات : حسب إرشادات الطبيب

يجب حفظ الأنبوب مغلقا في درجة حرارة لا تتعدى 30 درجة

متوية و بعيدا عن الرطوبة.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

Laprophon  
للبروفان

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

تركيبه الدواء :

أموكسيسيلين (على شكل تريهيدرات) 1 غ

حامض كلافولانيك (على شكل كلافولات البوتاسيوم) ..... 125 ملغ

السواغ ..... ما يكفي لقرص واحد فالتز

نسبة أموكسيسيلين / حامض كلافولانيك : 1/8

تحتوي هذه العبوة على 16 غ من الأموكسيسيلين و 2 غ من حامض كلافولانيك.

السواغات المعروفة بتأثيرها : الأسبارتام - الصوديوم - البوتاسيوم

مخسبر المستحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا - 21, ZINE ALAINE -

LEVAMOX®

16 comprimés effervescents 1g/125mg



6 118000 032885

IDEMCO

١٦ غرام / 125 ملغ  
أموكسيسيلين + حامض كلافولانيك

16 قرصا فائنا

Laprophon  
للبروفان

LEVAMOX® 1g/125mg 16 COMPRIMÉS EFFERVESCENTS

PPV 157DH00  
LOT 1D029 2  
EXP 02/2024





Laboratoires Pfizer S.A  
0.5 Km, Route de Qualidia  
El Jadida - MAROC

® Marque déposée de Pfizer Inc.

RESPECTER  
LES DOSES PRESCRITES

**Lysanxia®**

15 mg/ml

Flacon de 20 ml



IDEALCO



6 118000 250296

مل 20 من 20 (600 قطرة)

قطرات  
محلول للعين  
برازيليا

15 mg/ml

ليسانسيا

37,60

LOT

PER

PPV