

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

161183

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : <b>Y8A9</b>	Société : .....	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : .....
Nom & Prénom : .....		
Date de naissance : .....		
Adresse : .....		
Tél. : .....	Total des frais engagés : .....	Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation : .....	/	/	
Nom et prénom du malade :		Age : .....	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : .....			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M23-0011576**

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 : .....

## 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

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

## VOLET ADHERENT

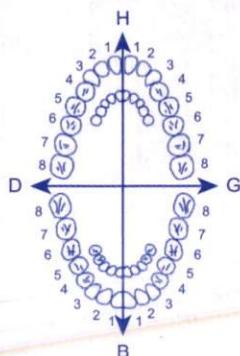
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	 <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>

**Coefficient des travaux**

**Montants des soins**

**Début d'exécution**

**Fin d'exécution**

**Coefficient des travaux**

**Montants des soins**

**Date du devis**

**Date de l'exécution**

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	21433552
25533412	00000000
00000000	00000000
B	11433553
00000000	35533411

**[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

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4819 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BENJELLOUN DAKHA NA SAAD

Date de naissance :

01/04/1954

Adresse :

3, Rue Ibn Tafrih

Tél. :

06 78 02 86 01 Total des frais engagés : 204,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur A. DAOUDI**  
**O.R.L**  
**6, Rue DERNA - Rabat**  
**Tél : 05 37 70 58 88**

Date de consultation :

05/04/2023

Nom et prénom du malade :

Benjelloun DAKHA NA SAAD Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Sorexite

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) :

# 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
25/04/23	CC			<i>DAOUIDY RUE DE LA STATION TELE: 0521 58 88 DAOUIDY</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE L'AMBONNE 12 Rue Patrice Lumumba TEL: 0527 76 83 11-0537 76 425</i>	25/04/23	20.4 + 0.0

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

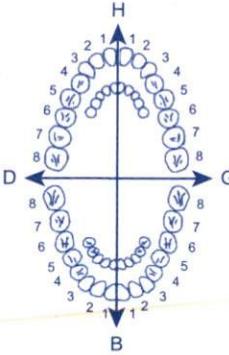
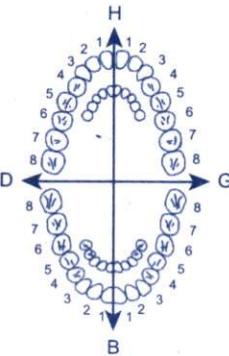
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

# **Docteur A. DAOUDI**

Lauréat de la faculté de Médecine  
de Nancy

DIPLOME D'OTO-RHINO  
LARYNGOLOGIE  
CHIRURGIE MAXILLO FACIALE



الدكتور عبد اللطيف الدلودي

خريج كلية الطب بنانسي

اختصاصي في أمراض الحلق  
و الأنف والأذن  
جراحة الوجه والعنق

Rabat, 25/04/2023 الرباط، في

Dr. Beaufellow Doktora Shai

PHARMACIE DE LA MARNE  
42, Rue Pasteur Louna  
RABAT  
Tél.: 0537 76 83 11-0537 76 42 5

Birodogyl  $122 \times 2 = 204$

3 comprimés par jour  
à prendre le soir

Docteur A. DAOUDI  
O.R.L.  
Rabat  
6, Rue Derna - Rabat  
Tél.: 0537 70 58 88

**Composition :**

Spiramycine ..... 1 500 000 U.I  
 Métronidazole ..... 250,00 mg  
 Pour un comprimé pelliculé.

**Excipient à effet notoire :**

sorbitol.

**Mode et voie d'administration :**

Voie orale.

**Titulaire d'AMM au Maroc :**  
 sanofi-aventis Maroc.  
 Route de Rabat R.P.1, Ain Sebaâ, Casablanca.  
 Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.  
**Nom et adresse du fabricant :**  
 Maphar.  
 Km 10, Route côtière 111, Ql-Zenata,  
 Ain Sebaâ, Casablanca.

**Lire attentivement la notice avant utilisation.**

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE DES  
 ENFANTS.

A conserver à une température ne dépassant  
 pas 25° C.



BIRODODYL 1 500 000 U.I/250 mg  
 1180000 0600567  
 CP PEL B15  
 P.P.V : 102DH00  
 PER : 12 2024  
 L01 : 22E007V

O

يعرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)  
 Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)

احترم الدعاء الموصوف  
**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS**

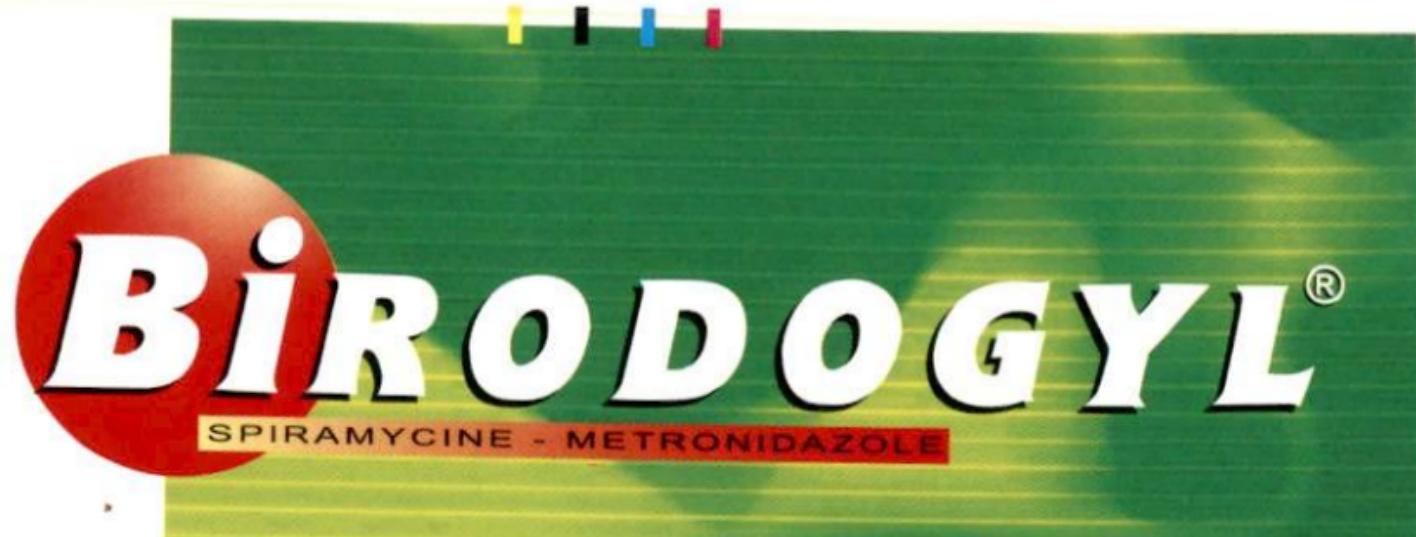
48x32x108

جنيف 15



WIKI

BIRODOGYL®  
SPIRAMYCINE - METRONIDAZOLE



15 comprimés pelliculés

اقرأ النشرة بعناية قبل الاستعمال.

يحفظ بعيداً عن مرأى وتناول الأطفال.

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

المكونات:

سيراميسين ..... 1500000 و.د

ميترونيدازول ..... 250,00 ملغ

لكل قرص مغلف.

سواح معروف التأثير: سوربيتول.

كيفية وطريقة الاستعمال: عن طريق الفم.

40000524-01  
02/21

SANOFI