

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 : 9450 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 381,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/05/2023

Nom et prénom du malade : A. BENCHEIKH NAHIL

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : Anémie

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 : CASABLANCA

Le : 17/05/2023

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
AA/105/2023	G		300.000 Dhs	DOCTEUR A. A. A. MASSAEL EL HAOURA - Nazir SPECIALISTE O.R.L. 13.00 MASSAEL EL HAOURA - Nazir TÉL: 022 15 01 28 TELE: 022 15 01 28 MAIL: info@mauritania.com DATE: 09/11/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de Casablanca Boulevard Roudani Casablanca Tél.: 022 15 01 28	M. 5.23	81,30

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
		AM	PC	IM	IV	

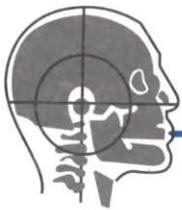
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553	G	MONTANTS DES SOINS
	B	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور الزيزي عبد الحق
Docteur ZIZI Abdelhak

O.R.L. Diplômé de la faculté de Médecine de Paris
Membre de la Société Française d'O.R.L

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض و جراحة : الأنف - الحلق - الأذن - و العنق و الدوحة

Spécialiste dans les Maladies et Chirurgie : NEZ - GORGE - OREILLE - COU - SÜRDITES - VERTIGES
DIPLOME DE REEDUCATION DU VERTIGE ET DES TROUBLES DE L'EQUILIBRE

Casablanca, le :

11/05/2023 الدار البيضاء، في:

9. BENCHAIBIA
WAHIB

Docteur ZIZI Abdelhak
SPECIALISTE O.R.L
93, BD MASSIRA EL KHADRA - Maârif
Tél: 022 25 93 89 - Fax: 05 22 23 23 15 - 022 25 01 11 11 11

10.00

A m doc.



21.30

Tandem

81.30

My

W.
dr zizi

Pharmacie du Maârif
Mme TAÏBI Soudan ZAKY
382, Bd. Brahim Roudani
Tél.: 022 25 01 11 11
022 25 01 11 11 11

Tél.: 05 22 25 93 89 - Fax : 05 22 23 23 15 - E-mail : ziziabdelhak@gmail.com

93، شارع المسيرة الخضراء المعارف إقامة السرور - الدار البيضاء

93, Bd. Massira El Khadra Résidence SOROUR - Maârif - Casablanca

COMPOSITION : 500 mg de paracétamol pour un comprimé.
Excipients q. s. pour un comprimé.

Indications : traitement symptomatique des douleurs d'intensité légère à modérée et/ou des états fébriles.
Contre-indications, Mises en garde, Symptômes et conduite à tenir en cas de surdosage, posologie : voir notice
ANDOL® est un médicament : ne pas laisser à la portée ni à la vue des enfants.
Excipients à effets notoires : métabisulfite de sodium.

التركيبة : كل قرص يحتوي على 500 ملجم من الباراسيتامول
متوافق لدى المرضى واحد
دواعي الاستعمال : علاج أعراض الآلام ذات حدة خفيفة
إلى متوسطة و/أو حالات الحمى
مما ينطوي على مفعول مهدئ ومسكن
الأعراض والعلامات في حالة حرجمة مفرطة.
الجرعة : انظر الشارة داخلة
أندول دواء : لا يترك في متناول ومرأى الأطفال.
سوانع قد تأتي ملحوظة : ميغستيليت الصوديوم

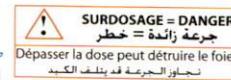


Fabriqué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri 20110 Casablanca

AMINA DAOUDI : Pharmacien Responsable

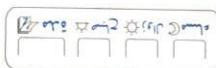
طبع من طرف كوبير فارما
 41، زققة محمد الدبوري، 10110، الدار البيضاء
 الصيدلي المسؤول : أمينة الداودي



Ne jetez aucun médicament au tout-à-l'égout ni avec les
 ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien
 d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus.
 Ces mesures contribueront à protéger l'environnement.

يجب عدم رمي الأدوية في التراب أو في النفايات المنزلية استناداً
 إلى التعليمات عن طريق الشخص من الأدوية غير المستعملة
 مستساغة هذه التدابير في حماية البيئة

AMM N° 222 DMP/21/NCN

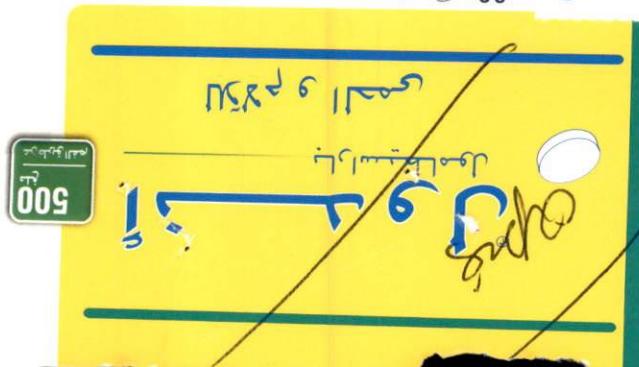


20 Comprimés 500 mg 0

6 118000 082460

UT.AV. :

LOT N° : ..
 EXP D : ..
 .. : ..
 2021/378
 10/2025
 H : ..
 .. : ..



PPV (DH) :