

## 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.

**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

M22- 0012133

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3723 Société : A 62089

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BADER Eddine

Date de naissance :

Adresse : Al Oudh - Res Al Fajr - Tanc N°7

BERNARDI - CHSA

Tél. : 0522 767 11 Total des frais engagés : 932,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/04/2023

Nom et prénom du malade : Ghita BADER Eddine Age :

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

Nature de la maladie : la bulgérie

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 : CHSA - Le : 24/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
26/04/23	CS		1001111	Dr. M... Dentiste S... Tél: 05 22 12 98 19

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BLOC GHOERANE Rue 2 N° 114 Bloc (C) Q Al Qods, 510 Bernoussi Casablanca	28/04/23	132100

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

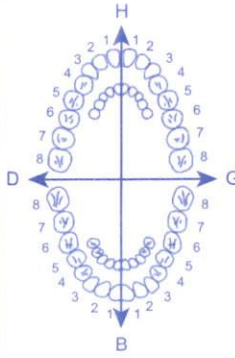
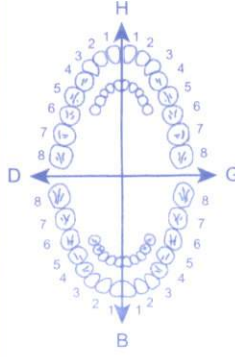
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<b>Centre NASSER</b> De Rééducation & Readaptation Bd. Ali yaata, Rés. Bassma I, GH Appt. 1, RDC, Ain Sebaa Tél: 0522 663 790	21/05/23	15	séances de rééducation du rachis cervico-lombaire			200 dh par séance
						CT: 3000 dh

# 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
																	
<div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input type="text"/> </div>																	
<div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input type="text"/> </div>																	
<div> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <input type="text"/> </div>																	
<div> <div>FIN D'EXECUTION</div> <input type="text"/> </div>																	
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>															
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
		<div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input type="text"/> </div>															
		<div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input type="text"/> </div>															
		<div> <div>DATE DU DEVIS</div> <input type="text"/> </div>															
		<div> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <input type="text"/> </div>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Echographie
- Suivi de grossesse
- ECG
- Suivi des maladies chroniques

- الفحص بالصدى
- متابعة الحمل
- تخطيط القلب
- متابعة الامراض المزمنة

Casablanca, le : 23/04/23

Ghita Badereddine

63 ص 1/ Macron 500mg  
separ 15 (3x)

68 ص 2/ Doxycycline 100mg  
separ 15 (3x)

132 ص 3/ Algofen 400mg  
separ 15

PHARMACIE BLOC "C"  
GHOFRANE  
Rue 2 N° 116 Bloc (C)  
Q Al Qods Sidi Bernoussi  
Casablanca

Dr. M. Mobit  
Sidi Bernoussi  
Tél: 05 22 74 32 14

# Macromax®

Azithromycine

POUDRE POUR SUSPENSION BUvable - POUDRE POUR SACHET - COMPRIMÉS

## COMPOSITION ET PRESENTATION :

Azithromycine (DCI) dihydrate

Comprimés 500 mg, boîte de 3 comprimés

Poudre pour sachet à 100 mg par voie orale, boîte de 3 sachets

Poudre pour sachet à 200 mg par voie orale, boîte de 3 sachets

Poudre pour sachet à 300 mg par voie orale, boîte de 3 sachets

Poudre pour sachet à 400 mg par voie orale, boîte de 3 sachets

Poudre pour suspension buvable 200 mg/5 ml, flacon de 15 ml

Poudre pour suspension buvable 200 mg/5 ml, flacon de 30 ml

Liste des excipients à effet notoire : saccharose, sodium.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Elles sont limitées aux infections dues aux germes définis comme sensibles :

- Angines : en alternative au traitement de référence, particulièrement lorsque celui-ci ne peut être utilisé.
- Surinfections des bronchites aiguës.
- Exacerbations des bronchites chroniques.

Il convient de tenir compte des recommandations officielles concernant l'utilisation appropriée des antibactériens.

## CONTRE-INDICATIONS :

**Absolues :**

- Antécédents de réaction allergique à l'azithromycine ou à tout autre macrolide.
- Alcaloïdes de l'ergot de seigle (dihydroergotamine, ergotamine), cisapride.

**Relatives :**

Agonistes dopaminergiques (bromocriptine, cabergoline, pergolide)

## MISES EN GARDE :

Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison..) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.

Signaler au médecin traitant toute réaction

de traitements par

Ce médicament ne

allergiques survenues lors  
es.

nt une maladie hépatique

## PRECAUTIONS D'USAGE :

Prévenir le médecin

- Insuffisance hépatique
- prise concomitante avec d'autres médicaments,
- antécédents allergiques,
- manifestations cutanées à l'origine allergique.

LOT : 9872  
PER : 06-24  
P.P.V : 63 DH 00



مختبرات ديفا للصناعات  
والخدمات الصيدية

المصنعة الصناعات  
147-146

Pharmaceutique

Deva

Sirop  
Voie orale

- Voies respiratoires encombrées.

**POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :**

Adulte : une cuillère à soupe 3 à 4 fois par jour.

Enfant : une cuillère à café 2 à 4 fois par jour.

Dan tous les cas, se conformer à la prescription de votre médecin ou pharmacien.

Docivox sirop naturel est administré par voie orale.

Bien agiter le flacon avant chaque emploi.

**PRECAUTIONS D'EMPLOI :**

- Déconseillé aux personnes allergiques.
- Déconseillé chez la femme enceinte.
- Le produit peut présenter un léger caractère naturel des plantes; tout
- Après ouverture, à conserver au frais.
- Tenir hors de la portée des enfants.

LOT : 220975  
DLUO : 12/2025  
69,000H

Deva

buables aux