

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

- | | |
|------------------------------------|----------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhession@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° W19-446207

Par
Par

| | | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 12074 | Société : RAT | | |
| Actif | Pensionné(e) | Autre | |
| Nom & Prénom : Khadija DOURRHAM | | | |
| Date de naissance : 26.1.1978 | | | |
| Adresse : N° 90, N° 90, II, Jannah el Bayda | | | |
| Tél. : 06 73 13 86 91 Total des frais engagés : 1063, 7 Dhs | | | |

| | |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin | Dr. SADIK Fouzia Médecin 104, Rue Mimouza Hay Erraha Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca |
| Cachet du médecin : | <i>Mme DOURRHAM khadija</i> |
| Date de consultation : | |
| Nom et prénom du malade : | |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | HTA + R. Cœur + Colique |
| 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 13/11/2010

| | |
|--|---------------|
| VOLET ADHÉRENT | |
| Déclaration de maladie | N° W19-446207 |
| 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15/09/2010 | 19 | 01 | 200,00 | INP : <i>Sadiq Fouzia</i> Dr. SADIK Fouzia Médecin 104 Rue Mimouza Hay Erraha Casablanca |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|---------|--|
|  | 13.5.16 | 863.7 PHARMACIE CASAVIEW Centre Commercial CasaView Nasjim Island 16954 Tél: 0522-695454 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | 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 | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|---|-------------------|---------------------|-------------|---|
|  | | | | |
| | | | | 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | G |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[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

Docteur SADIK Fouzia

Médecine Générale

Echographie Générale

104, Rue Mimosas (ex Rue des Ecoles)

1^{er} Etage - Beauséjour

Casablanca - Tél. : 05 22.36.58.91

الدكتورة صديق فوزية

الطب العام

الفحص بالصدى

104، زنقة ميموزا (زنقة المدارس سابقا)

الطابق الأول - بوسيجور

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 36.58.91

Casablanca, le : 13.5.20 الدار البيضاء ، في :

Mme Dourham

Khadija

39,30 - Aldactazine (OIB)

(AS)

50,40 - Solupred 20 mg (OIB)
1cp 1/2 après le ftour
+ R Pen Sele'

(IV)

31,90 - Bronchophathiol sirop (OIB)

(WYD)

133,00¹⁵ - Arcodia 90 mg (OIB 02 mois)
1cp 3 fois 1/.

(WYD)

15,80 - Doliprane 500 mg (OIB)
1cp 3 fois 1/.

(WYD)

54,00 - Buspatalim 200 mg (OIB)
1cp 2 fois 1/.

(WYD)

Centre Commercial Casaview
Casablanca
Tél. 0522 69 64 64

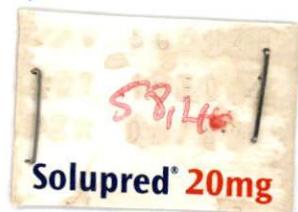
Dr. SADIK Fouzia
Médecin
104, Rue Mimosa
Hay Erraha
Casablanca
Tél. 05 22 36.58.91

PER 05/2022
LOT : N9M02

DUSPATALIN 200MG
GELU B20
P.P.V : 54DH00

6 118000 010531

Arcoxia 90 mg
7 comprimés
P.P.V : 133,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 452/16 DMP/21(NTC)
100424921
100916-1
3481
6 118001 160 044



BRONCHATHIOL®

Carbocisteïne 5%

31,20

P.P.V 31DH20
PER 04/22
LOT 11010

LOT N°:

1969179

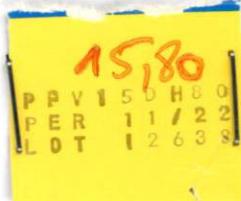
UT. AV.:

09 21

39,30

P.P.V 39 30

09366132/4



Respecter les doses prescrites
احترموا дозات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
بتو صفة طبية فقط - قائمة 1

3881

Arcoxia 90 mg

7 comprimés

P.P.V : 133,00 DH

Distribué par MSD Maroc
AMM 452/16 DMP/21/NTO

70042492/
120916-1



6 118001 160044

Respecter les doses prescrites
احترموا дозات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
بتو صفة طبية فقط - قائمة 1

3881

Arcoxia 90 mg

7 comprimés

P.P.V : 133,00 DH

Distribué par MSD Maroc
AMM 452/16 DMP/21/NTO

70042492/
120916-1



6 118001 160044

Respecter les doses prescrites
احترموا дозات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
بتو صفة طبية فقط - قائمة 1

3881

Arcoxia 90 mg

7 comprimés

P.P.V : 133,00 DH

Distribué par MSD Maroc
AMM 452/16 DMP/21/NTO

70042492/
120916-1



6 118001 160044

Respecter les doses prescrites
احترموا дозات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
بتو صفة طبية فقط - قائمة 1

3881

Arcoxia 90 mg

7 comprimés

P.P.V : 133,00 DH

Distribué par MSD Maroc
AMM 452/16 DMP/21/NTO

70042492/
120916-1



6 118001 160044

Respecter les doses prescrites
احترموا дозات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
بتو صفة طبية فقط - قائمة 1

3881

Arcoxia 90 mg

7 comprimés

P.P.V : 133,00 DH

Distribué par MSD Maroc
AMM 452/16 DMP/21/NTO

70042492/
120916-1



6 118001 160044