

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



53140

Déclaration de Maladie : N° P19-0009930

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4411 Société : RAY
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BETHAMAL - Y. Date de naissance : 31/12/60
 Adresse : LOT EL WIFA N° H16 DESSA
 Tél : 06 61 31 99 40 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AIT RAHAL Abdellah
 Anesthésiste-Réanimateur
 INPE : 9118815

Date de consultation : 09/12/2020
 Nom et prénom du malade : TEHMOUNE BOUTEJAT Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète
 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) : [Signature] Couper le pli

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0009930

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 :

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.

Biologie 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 canaux, 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 canaux.

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

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

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
09-12-2020	C2	Gratuité		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY AL MANZAH Lot Al Manzah Imm 2 Mag 1 INPE: 062088778 Tel: 05 22 51 51 54	09/12/2020	342,40

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	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l

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																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS																					
			DATE DU DEVIS																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

VOLET ADHERENT

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

Date : 09/12/2020

Ordonnance

- 79,70 x 2
- SOUD SAHHOUNE
- 1) Azithyren 500mg Acide 500mg
1 p/j 1 j
- Pin 2 p/j 12 j
- 22,70 2 p/j 10 j
- 2) Cardiaspirine 100mg
1 p/j 12 j
- 3) Vib c 1000mg
1 p x 2 j 12 j
- 4) Zimlini
1 gel x 2 j
- 56,30 1 gel x 2 j
- 5) Dore 1 p/j 10 j
- 92,15 1 p/j 10 j
- 6) Belmor 1 p/j 10 j
- T = 342,15

Cardioaspirine 100mg/30cps
Acide acetylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



PHARMACIE HAY AL MANZAH
Lot. Al Manzah Imm 2 Mag 1
INPE: 062088778
Tél: 05 22 52 51 84

INTERNATIONAL clinic
102-103 Boulevard Anoual - Casablanca
Tél: 0522 86 08 76 Fax: 0522 86 08 76

Dr. AIT RAHAL Abdellatif
Anesthésiste-Réanimateur
INPE: 92 88 15 1

PPV: 56,30 DH
LOT: 20J27D
EXP: 10/2022

4 ampoules buvables

D-CURE® AMPOULE

**Cholécalciférol 25 000 UI
Vitamine D3**



Importé par : **Ergo**
Maroc

Les laboratoires ERGO MAROC

108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.

AMM N° : 209/14 DMP/21/NNP.

\$MB



Azix® 500 mg
Azithromycine



3 Comprimés
sécatables

bottu s.a.

82, Allée des Casourinas - Ahn Seblas - Casablanca
S. Bachoulli - Pharmacien Responsable

b

AMM N° 45 DMP/21/NRQ

7

AZIX®
Azithromycine

500 mg

Voie orale

COMPOSITION :

Azithromycine 500 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé



PPV:79DH70
PER:11/23
LOT:J3058



500 ملغ
عن طريق الفم

أزيكس®
أزيتروميسين

**POSOLOGIE ET MODE
D'ADMINISTRATION :**

Adulte : lire attentivement la notice.
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

18x45x97

بوتقي فم
اقراص
قابلة للكسر
82، امور الكازوريناس - عين السبع - الدار البيضاء
س. البخوولي - صيدلي مسؤول

b

3

6 118000-040941



AZIX® 500 mg ○
Azithromycine
3 Comprimés sécatables



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Azix® 500 mg
Azithromycine



3 Comprimés
sécatables

bottu s.a.

82, Allée des Casourinas - Ahn Seblas - Casablanca
S. Bachoulli - Pharmacien Responsable

b

AMM N° 45 DMP/21/NRQ

7

AZIX®
Azithromycine

500 mg

Voie orale

COMPOSITION :

Azithromycine 500 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé



PPV:79DH70
PER:11/23
LOT:J3058



500 ملغ
عن طريق الفم

أزيكس®
أزيتروميسين

**POSOLOGIE ET MODE
D'ADMINISTRATION :**

Adulte : lire attentivement la notice.
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

18x45x97

بوتقي فم
اقراص
قابلة للكسر
82، امور الكازوريناس - عين السبع - الدار البيضاء
س. البخوولي - صيدلي مسؤول

b

3

6 118000-040941



AZIX® 500 mg ○
Azithromycine
3 Comprimés sécatables



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES