

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

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



Compt. Client
Declaration de Maladie

N° P19- 0040524

ND 22 20 17

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08752 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Cheliat Tareb

Date de naissance : 03/11/1968

Adresse : 7 Rue Mohamed El Yazidi (ex Rhodes) Quartier des hôpitaux. Casa

Tél. : 0661310005 Total des frais engagés : 374,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/12/2019

Nom et prénom du malade : ATYA Hanane Age :

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

Nature de la maladie : complément de Remboursement

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 : 25/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

DECOMPTE DE PRESTATIONS MALADIE

Contrat N° : 0044.4501.801320-00 **Ste Contractante** : BOOMERANG **Soin du** : 25/12/2019
Adhésion N° : 00000003 **Adhérent(e)** : ATYA HANANE **Sinistre N°** : 2019.4500.213912
Malade : Lui même **Déclaré le** : 25/12/2019 **Date Règlement** : 27/01/2020
N° Règlement : S202001007424

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
(*1) PHARMACIE	174.40	58.40	116.00	90.00	104.40
SOINS DENTAIRES	800.00	200.00	600.00	90.00	540.00
Totaux	974.40	258.40	716.00		644.40
Dossier N° : 000722469 Règlement Compagnie (Dhs)					644.40

Observation(s) :

(*1) PRODUIT SOLUPRED 58.40DH.....: NON REMBOURSABLE

Signature de l'adhérent(e)

DECOMPTE DE PRESTATIONS MALADIE

Contrat N° : 0044.4501.801320-00 **Ste Contractante** : BOOMERANG **Soin du** : 25/12/2019
Adhésion N° : 00000003 **Adhérent(e)** : ATYA HANANE **Sinistre N°** : 2019.4500.213912
Malade : Lui même **Déclaré le** : 25/12/2019 **Date Règlement** : 27/01/2020
N° Règlement : S202001007424

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
(*1) PHARMACIE	174.40	58.40	116.00	90.00	104.40
SOINS DENTAIRES	800.00	200.00	600.00	90.00	540.00
Totaux	974.40	258.40	716.00		644.40
Dossier N° : 000722469 Règlement Compagnie (Dhs)					644.40

Observation(s) :

(*1) PRODUIT SOLUPRED 58.40DH.....: NON REMBOURSABLE

Signature de l'adhérent(e)

Docteur Khalid OUDGHIRI

Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Orthodontie
enfants et adultes

الدكتور خالد ودغيري

طبيب جراح للأسنان
اختصاصي في تقويم الأسنان

Casablanca, le 23/12/19

Dr Houssein Ahyia

116,00

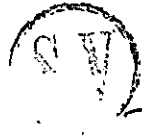
Zemaa 1g



18h 20f 10f

58,40

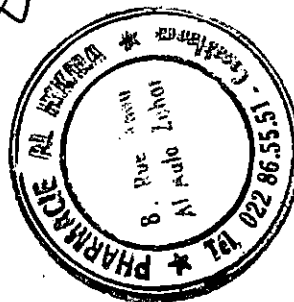
Polysom 2



341j

3i

174,40



Dr Khalid OUDGHIRI
Spécialiste en Orthodontie
Bd. An Taouala Bougougne
Casablanca - Tél: 022.47.28.14

ZAMOX®

AMOXICILLINE ASSOCIÉE À L'ACIDE CLAVULANIQUE

1 g/125 mg,

Poudre pour suspension buvable en sachet

Boîte de 12, 16 et 24 sachets

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice de prendre ce médicament.

• **Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de**

• **Si vous avez toute autre question, si vous avez un**

• **Si l'un des effets indésirables devient grave ou**

• **Si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans**

• **Si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans**

• **Si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans**

• **Si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans**

• **Si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans**

• **Si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans**

• **Si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans**

• **Si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans**

• **Si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans**

• **Si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans**

• **Si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans**

• **Si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans**

• **Si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans**

• **Si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans**

• **Si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans**

• **Si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans**

• **Si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans**

• **Si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans**

• **Si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans**

rouges ou explorations fonctionnelles hépatiques) ou des analyses d'urine (dosage du glucose), vous devez informer le médecin ou l'infirmière (ier) que vous prenez ZAMOX. En effet, ZAMOX peut influer sur les résultats de ces types de tests.

liste des excipients à effet notoire : Saccharose, Potassium, Sodium

Informations importantes concernant certains composants de ZAMOX 1 g/125 mg, poudre pour

PPV: 116DHD0
PER: 07-22
LOT: I 1762



Si vous êtes enceinte ou si il est possible que vous le soyez, ou si vous allaitez, vous devez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre un quelconque médicament.

COMMENT PRENDRE ZAMOX 1 g/125 mg, poudre pour suspension buvable en sachet ?

Instructions pour un bon usage

Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin.

En cas de doute, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Posologie. Mode et/ou voie(s) d'administration.

Fréquence d'administration et Durée du traitement

Posologie

→ Adultes et enfants de 40 kg et plus

• Dose habituelle : 1 sachet trois fois par jour

• Dose inférieure : 1 sachet deux fois par jour

→ Enfants pesant moins de 40 kg

Les sachets ZAMOX 1 g/125 mg ne sont pas recommandés.

→ Patients souffrant de problèmes rénaux et hépatiques

• En cas de problèmes rénaux, une adaptation de la posologie peut être nécessaire. Le médecin pourra prescrire un dosage différent ou un autre médicament.

• En cas de problèmes au foie, des analyses de sang plus fréquentes pourront être nécessaires afin de vérifier le fonctionnement de votre foie.

Comment administrer ZAMOX ?

• Juste avant la prise de ZAMOX, couvrez le sachet et mélangez son contenu dans un demi-verre d'eau

• Avalez le mélange au début d'un repas ou un peu avant.

• Répartissez les prises de manière régulière au cours de la journée ; elles doivent être espacées d'au moins 4 heures. Ne prenez pas 2 doses en 1 heure.

• Ne conduisez pas et n'utilisez pas de machines si vous ne vous sentez pas bien

• Ne prenez pas ZAMOX pendant plus de 2 semaines. Si vos symptômes persistent, consultez de nouveau un médecin.

Symptômes et instructions en cas de surdosage

Si vous avez pris plus de ZAMOX 1 g/125 mg, poudre pour suspension buvable en sachet que vous n'auriez dû :

La prise d'une quantité excessive de ZAMOX peut entraîner des maux de ventre (nausées, vomissements ou diarrhée) ou des convulsions. Parlez-en à votre médecin la plus tôt



000722469

Société Anonyme au Capital de 250.000.000 de Dirhams
Entreprise régie par la loi N° 17-99 portant code des Assurances
C.N.S.S. 113 6680 - R.C. Casa 5825 - T. P. 357 70111 - I. F. 1084016 - ICE 000230942000017
181, Boulevard d'Anfa - Casablanca - Tél. : 05 22 95 78 78 (L.G.) - Fax : 05 22 36 07 96

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)



N° de la convention

N° d'adhésion

80A320

CONTRACTANT

AID

NOM ET PRENOM
DE L'ASSURE

Hamane ATY A

NOM ET PRENOM
DU MALADE

Elle meme

Degré de parenté
avec l'assuré

Le Contractant
(Cachet et Signature)

BOMERANG
COMMUNICATION
1, Boulevard Abdelhak Ben Kaddour
Racine - Casablanca
Tél.: 05 22 94 27 12 - Fax: 05 22 94 32 75

A Casa

Le 25/12/19

Signature de l'Assuré

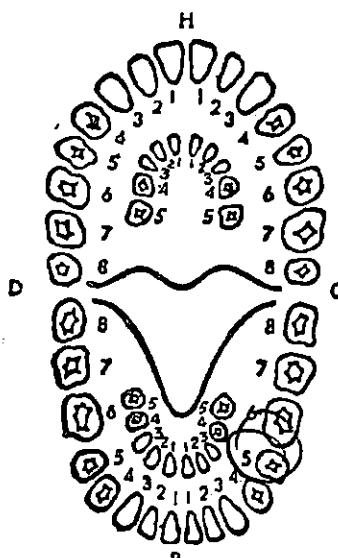
A. REMPLIR PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade Houane Attya Age : Ans
Nature de la maladie SB
En cas d'Accident (Causes et Circonstances)

DETAIL DES SOINS

[illegible]

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES

 <p>Le traitement de prothèse doit d'abord être soumis à l'accord de la Compagnie.</p>	<input type="radio"/> DEVIS Etabli le		<input checked="" type="radio"/> TRAITEMENT Commencé le 15 12 19 Terminé le 21 12 19	
	SOINS			PROTHESE
	Date	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient
26 12 19	35	prothèse dentaire	DC	
		observati	DC	
Partie réservée au contrôle	Montant des soins		Montant de la prothèse	
	DH 1000		DH	
Cachet et Signature du praticien (s'il s'agit d'un devis)		Cachet et Signature du praticien après paiement des soins et de la prothèse		