

# 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 | : 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.

N° W19-483630

MD = 24802

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12501

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BONDRAA Med HAMZA

Date de naissance :

11-12-1983

Adresse :

31 Rue Point du Jour Elgy 4 N° 16  
Racine

Tél. : 0666293531

Total des frais engagés Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

25/03/2008 Dr. Kamila ZRIKEM SO. HMD. P. diatre. Zerhoun (Ex. Reims) 29.3.2008 Age: 5 ans

Nom et prénom du malade :

Bloudia Lamia

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

GEA

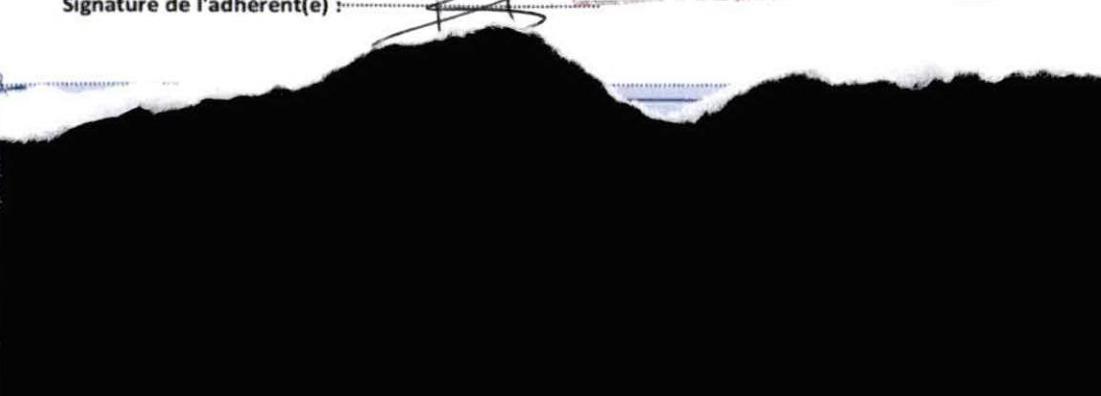
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



#### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraire	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20.03.2018	5		5500	INP : 123456789 Dr. Karima ZRIKEMEP HINM Pédiatre Zerhoun (Ex. Reims) 20-31/06/68

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>pharmacie EL AYACH</b> Mme H. T. Bd. Abdellatif Ben Abdellah Tel: 0524.84.44.55	02/03/2023	122.95

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

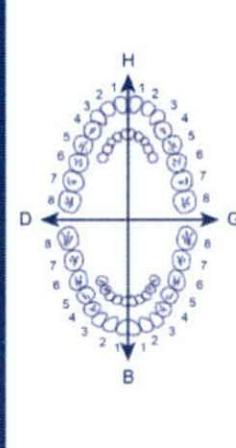
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

## 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 canalaires, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE												
			<p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D <input type="text"/> G</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p>		25533412	21433552	00000000	00000000	D <input type="text"/> G		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	D <input type="text"/> G														
	00000000	00000000													
35533411	11433553														
		<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ZRIKEM Karinta  
Ep. HIMMI  
Pédiatre

Maladies du Nourrisson et de l'Enfant  
Allergie - Asthme  
Exploration Fonctionnelle  
Respiratoire  
Ex-Enseignante à la Faculté  
de Médecine de Casablanca



الدكتورة زريكم كريمة

زوجة حمي

طبية الأطفال

اختصاصية في أمراض الأطفال  
الحساسية - الضيقية

أستاذة سابقا بكلية الطب  
بالدار البيضاء

Casablanca, le 02.03.2014 الدار البيضاء، في

Bébés & enfants Karima



32.90 Ⓛ Flazyle

لزيلاج ٢١٥

38.90 Ⓛ Amoxil

لزيلاج ٢١٥

23.00 Ⓛ Sposumyl

لزيلاج ٢١٥

28.10 Ⓛ ملعاوند

لزيلاج ٢١٥

122.90

PPV (DH) :

LOT N° :

28.10

UT. AV. :



# Amoxil 500 mg/5 ml poudre pour suspension buvable

cuillère(s)-mesure(s) ..... fois par jour à prendre indifféremment avant, pendant ou après les repas, pendant ..... jours.

مقياس ملعقة... أيام يفضل النظر عن اتخاذ قبل أو أثناء أو بعد وجبات الطعام لمدة ... أيام

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

بوصقة طبية فقط  
احترام الجرعات الموصوفة

PPV: 38,90 DH

LOT: 587648

PER: 07/2021

## Composition :

Amoxicilline (sous forme trihydratée) ..... 500mg pour une cuillère-mesure de sirop reconstitué soit 5ml.

اموكسيلين 500 مل مقياس ملعقة شراب معد تشكيل اي ميغفال 5 مل

Ce médicament contient de l'aspartam et des sels de sodium. Après addition d'eau non gazeuse jusqu'au trait circulaire, obtient 60ml de sirop reconstitué soit 12 cuillères-mesures ml.

تحتوي هذا الدواء على الأسبرتام و أملاح الصوديوم. بعد إضافة الماء غير الماء على حدر الخط الدائري، تحصل على 60 مل من الشراب أي ميغفال 5 مل من فقة

Flagyl 4%

## Respecter les doses prescrites

احترم المقدارين المسمى

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

PER : 06 2021  
LOT : 19E003

FLAGYL 4%  
SUSP BUV FL 120 ML

P.P.V : 32DH90



118000 060390



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sebaâ  
20250 Casablanca

Spasmyl®

# Spasmyl®

Trimébutine

PPV 23.00 DH  
LOT N342 PER 03/22

Flacon de 250 ml  
de suspension

Granulés pour  
suspension buvable  
en flacon