

# COMMANDEMENTS 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.

## 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

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° P19- 0043669

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1503

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Boutahar Fatima

Date de naissance : 1958

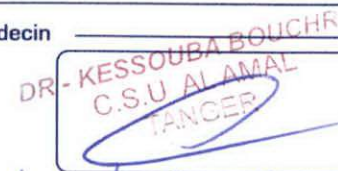
Adresse : 1013 ENNASSA Rue 18 N° 12 Tanger

Tél. : 0605 882535

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/02/2020

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Parodontite chronique

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 : Tanger

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

FB



# 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
8/2/20	consult			DR. KESSOUBA BOUQUA C.S.U AL ANASSER TANGER

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ANNASSER 7, Bd. Martin 0559 31 11 44 TANGER	10-02-20	199,00

# 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ORDONNANCE .

Le :

10/2/20

Boukhalie Fatima

DR - KESSOUBA BOUCHRA  
C.S.U AL AMAL  
TANGER

6010

1 / Mers, lolo (SV)

1 ep

30 / 18 //

2390

2 / Poley (SV)

1 CS

11500

3 / Actor

1 ep

DR - KESSOUBA BOUCHRA  
C.S.U AL AMAL  
TANGER

(SV)

19900

**Composition :**

AMOXICILLINE..... 1 g  
(sous forme trihydratée)

ACIDE CLAVULANIQUE..... 125 mg  
(sous forme de clavulanate de potassium).

Contient de l'aspartame.

Conserver à une température inférieure à 25°C  
et à l'abri de l'humidité.

Avant toute utilisation, lire attentivement la notice.

# ACLAV®

**AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE**

Rapport amoxicilline-acide clavulanique : 8/1

**Poudre pour  
suspension buvable  
en sachet**

**1g/125 mg**

**14 sachets**

**Antibiotique**

**Voie orale**

**Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5**

**ACLAV 1g/125mg** Poudre pour  
suspension buvable, 14 sachets



A.M.M. : 116 DMP/21/NNP

Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable



# أكلاف

**أموكسيسيلين + حامض كلافيلانيك**

**LOT : 5251**

**PER : 09-21**

**P.P.V : 115DH00**

**1 غ / 125 مغ**

**14 كيسا**

# POLERY ADULTES

LOT:511  
PER:06/22  
PPV:23.90DH

Codéine base ..... g  
Extrait fluide d'Erysimum ..... 2,400 g  
Excipient q.s.p ..... 100 g de sirop  
Excipients à effet notoire: saccharose, alcool,  
nipagine.  
Flacon de 200 ml

POLERY ADULTES   
Sirop - 200 ml



Fabriqué sous Licence de **PIERRE FABRE MEDICAMENT**  
par le **Laboratoire Pharmaceutique NOVOPHARMA**



Z.I I2 Tit Mellil Casablanca





