

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Educational :

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 canalaire, 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 canalaire.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0044145

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06083

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MAH

AMINA

Date de naissance : 16/02/1957

Adresse :

N° 9 Avenue El Quater Djiguo
Casablanca

Tél. : 066 198379

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. M. CHAWOU
Jamila V Rue 120 N° 5
Tél: 022.37.29.71-Cas 04

Date de consultation : 31/12/20

Nom et prénom du malade :

EL MAH Amina

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

ORL

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 :

MA

Le :

31/12/20

Signature de l'adhérent(e) :

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
29/12/20	C	1	150,000	Dr. M. CHAWOBY Jomila - Rue 120 N° 5 Tél: 022.37.29.71-Casa 04

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/12/20	286,20

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
		A M	P C	I M	I V	

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

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 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		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														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mohamed Chawqui
Ex. Médecin A. Militaire
MEDECINE GENERALE
Jamila 5- Rue 120 No 5 1^{er} Etage
Tel cab 0522372971
CASABLANCA

ORDONNANCE

الدكتور محمد شوقي
طبيب عسكري سابق
الطب العام
جميعه 5 رفعة 120 رقم 5 الطابق الأول
لهاتف 0522372971
المدار السطلي

M Le : 27/12/20
وصفة طبية
Dr El Hani Amine

103.90
- Sifivalid 390i
12 + 21

119.10
- Risoneel 0,05%
2 pul de che coran 1x1, le m

63.90
- Zyrtec 10mg
1 + 1

296.90

PHARMACIE ADDAHAB
Dr. M. CHAWQUI
Jamila 5 Rue 120 N° 5
Tél : 0522370937 CASABLANCA

Dr. M. CHAWQUI
J. mila 5 Rue 120 N° 5
Tél : 0522372971-Casa 04

63,20

N° du Lot

K 73

Date Per. 1

3

P.B.V: 119,10 DH

SPIRALIDE®

Spiramycine

PRESENTATION :

- Spiralide 1,5 M.U.I : comprimé blanc pelliculé, boîte de 16.
- Spiralide 3 M.U.I : comprimé blanc pelliculé sécable, boîte de 10 et boîte de 16.

COMPOSITION :

	P. comprimé	P. comprimé
Spiramycine	1,5 M.U.I	3 M.U.I
M.U.I = million d'unités internationales.		

Excipients : cellulose microcristalline, croscarmellose sodique, hydroxypropylcellulose, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium.

Pelliculage : hypromellose, macrogol 6000, dioxyde de titane.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

C'est un antibiotique de la famille des macrolides.

Ce médicament est préconisé :

- dans les infections dues aux germes sensibles à la spiramycine, notamment dans les manifestations : ORL, broncho-pulmonaires, cutanées, stomatologiques (bouche), osseuses et génitales.
- dans la toxoplasmie
- dans certains
- dans la prévention des infections chez les personnes atteintes d'immunodéficience

PPV:103DH90

PER:05-23

LOT:J1641-2

POSOLOGIE

Posologie

- Adulte :

2 à 3 comprimés
en 2 ou 3 prises

