

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## liologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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



Déclaration de Maladie  
N° M21- 0004962

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1856 Société : 64196

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SLAOU KHATA

Date de naissance :

Adresse :

Tél : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Goutte

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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21- 04962

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 :



# 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
19.03.2021			150,00	
20.21				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ORIENTALE PHARMACIE Mme CHAMI Nouzha Dr en Pharmacie 71, Bd. Med V - OUJDA Tél. : 05 36 68 27 69	19.03.2021	315,10

# 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	

# VOLET ADHERENT

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

# 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 d

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr KERZAZI Mohamed

CHIRURGIEN

Expert Assermenté

Près la Cour d'Appel d'Oujda

ICE : 001669855000097

39, Boulevard Mohammed V

Tél. : 05 36 68 45 10 - OUJDA

الدكتور كرزازي محمد

طبيب جراح

خبير محلف

لدى محكمة الاستئناف بوجدة

39، شارع محمد الخامس

الهاتف : 05 36 68 45 10 - وجدة



Oujda, le 19.03.2021

SLAOUI KHANATA

139,00

Drezo



6,10

OSMAL



25,00

- Tramadol

60,00

- Fexlex



30,00

- Tramadol

TRACET

315,10

L'ORIENTALE PHARMACIE  
Mme CHAMLI Nouzha  
Dr en. Med V - OUJDA  
71 Bd. Med V - OUJDA  
Tél. : 05 36 68 27 69

30,00

LOT: 1909  
PER: 03/23  
PPV: 61,10 DH

FERPLEX<sup>®</sup> 40 mg

er protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

Dr KERZAZI Mohamed  
CHIRURGIEN  
39, Bd Mohammed V - OUJDA

LOT: M0393  
PER: 07/2022  
PPV: 139,00 DH



# Tramal® 50 mg gélule

# Tramal® 100 mg suppositoire

## Chlorhydrate de tramadol

### Composition

**Principe actif :** Une gélule de Tramal® contient 50 mg de chlorhydrate de tramadol.  
Un suppositoire de Tramal® contient 100 mg de chlorhydrate de tramadol.

**Excipients :** Q.S.P une gélule ou un suppositoire

### Forme pharmaceutique

Gélule : boîte de 10 ; Suppositoire : boîte de 5

### Dans que

Tramal® e

de l'adulte

### Dans que

Ce médi

- allergie a

- intoxicati

(alcool, s

- traitement

- insuffisan

- maladie sév

- enfant de moins

- allaitement,

- épilepsie non contrôlée par un traitement (cf. Mises en garde),

- association avec la buprenorphine, la nalbuphine, la pentazocine,

Ce médicament ne doit généralement pas être utilisé, sauf avis contraire de votre médecin.

- pendant la grossesse,

- en association avec la carbamazépine (médicament de l'épilepsie).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE

MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### De quoi faut-il tenir compte lors de la grossesse et de l'allaitement ?

L'utilisation de ce médicament est déconseillée pendant la grossesse. Si vous découvrez

que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez rapidement votre médecin : lui

seul pourra adapter le traitement à votre état. Par mesure de prudence, ce médicament

ne doit pas être utilisé en cas d'allaitement. D'une façon générale, demandez toujours l'avis

de votre médecin ou de votre pharmacien avant de prendre un médicament au cours de

la grossesse.

### Quelles sont les précautions à prendre ?

**Prévenez votre médecin en cas de maladie grave du foie ou des reins**, car il convient

alors de modifier la posologie.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU

DE VOTRE PHARMACIEN.

### Conducteurs et utilisateurs de machines :

L'attention des conducteurs de véhicules et des utilisateurs de machines est attirée sur le

fait que Tramal® peut entraîner un risque de somnolence. Ce risque est majoré en cas de

prise d'alcool ou de médicaments sédatifs.

### Mises en garde :

L'utilisation prolongée de ce médicament peut conduire à un état de dépendance.

Respectez la prescription de votre médecin.

PPV:25DH00

PER:11/25

LOT:J3200



s douleurs modérées à intenses

dans les cas suivants :

sur le système nerveux central

ir),

urs,

