

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## diologie 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.

## 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.

## entaire :

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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0004955

71874

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1856 Société : RAM.

Actif  Pensionné(e)  Autre : RETRAITÉ

Nom & Prénom : SLAOUI KHANATA.

Date de naissance : 1956

Adresse : 50 LOT KHAZFAoui OUJDA.

Tél. : 066712 82 86 Total des frais engagés : 50 572,20 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### Cadre réservé au Médecin

DIKERZAZI Mohammed CHIRURGIEN

Date de consultation : 03/05/2021

Nom et prénom du malade : SLAOUI H.

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Hypertension

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 : OUT DA J. B

Signature de l'adhérent(e) : J. B.

Le : 03/05/2021

#### **RELEVE 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 3 Mai 2021      |                   |                       | GT                              | <br>Dr ENNAZI Mohammed<br>CHIRURGIEN<br>30 RUE DE LA REPUBLIQUE |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date        | Montant de la Facture |
|---|-------------|-----------------------|
| <del>PHARMACIE LA CLINIQUE<br/>INFERMIER: Bellakhdar<br/>31, BLD EL OUDIA TEL: 05 36 78 47 96</del> | 03 Mai 2021 | 512,20                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION         |

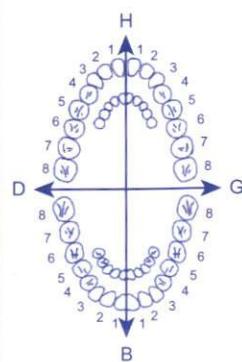
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

#### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr KERZAÏZI 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 ملتف  
لدى محكمة الاستئناف بوجدة  
39، شارع محمد الخامس  
الهاتف : 05 36 68 45 10 - وجدة

Oujda, le ..... 03 Mai 2021  
وجدة، في

- Dr KERZAÏZI SV)  
126 D - Judgment SV)  
- SV) 20 mg  
- Dr KERZAÏZI SV)  
53 D - Relaxol 20 mg  
PHARMACIE LA CLINIQUE  
TÉL: 05 36 70 47 96  
39 Bd. Med. Bellakhdar  
OUJDA TEL: 05 36 70 47 96  
- Algim 1495 SV)  
- Dr KERZAÏZI SV)  
1400 D - Dr KERZAÏZI SV)  
- Dr KERZAÏZI SV)  
- Dr KERZAÏZI SV)
- RELAXOL 500MG/2MG  
CP 820  
P.P.V : 53DH10  
6 1180001060033
- EFFIPRED® 20 mg  
PPV 58DH40  
EXP 01/2024  
LOT 00010 2
- ALGANTIL® 200 mg  
PPV 14DH90  
EXP 08/2022  
LOT 96010 2
- PHARMACIE LA CL  
TÉL: 05 36 70 47 96  
39 Bd. Med. Bellakhdar  
OUJDA TEL: 05 36 70 47 96
- 03 Mai 2021
- Dr KERZAÏZI CHIRURGIEN  
39, Bd. M. Bellakhdar  
OUJDA  
atiques ou infectées,  
endre une couche d'un  
neusement les restes  
usqu'à cicatrisation.  
PPV: 140,00 Dhs

Information médicale :  
Glaixosmikhline Maroc  
42 - 44 Avenue Bd Rachid  
et Rue Abou Hamed  
Algézair, Casablanca  
20 000

Gaxosmithkline Maroc  
Ain El Aouda, Région de Rabat

جیلیانی  
جیلیانی ۱۳۷۰  
جیلیانی  
جیلیانی ۱۳۷۰

1g / 125 mg

**AUGMENTIN**  
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE





# AUGMENTIN

**1g** /125 mg

**Composition :**

Amoxicilline ..... 1g  
 (sous forme trihydratée)  
 Acide clavulanique... 125mg  
 (sous forme de clavulanate  
 de potassium).  
 Contient de l'aspartam  
 (environ 30mg).  
 Mise en garde spéciale :  
 risque d'allergie.

**Voie orale**

Tenir hors de la portée et de  
 la vue des enfants.  
 Conserver à une  
 température inférieure à  
 25°C et à l'abri de l'humidité.



B200968-01

9

# AUGMENTIN

**1g** /125 mg

**poudre pour  
 suspension  
 buvable  
 en sachet**

أو غمنتان 1 غ / 125 ملخ

أموكسيسيلين / المعمنن كلافولانيك  
 مسحوق لمستنقع في كيس قابل للشرب

**■ 12 SACHETS**

AUGMENTIN 1 g/125 mg

12 sachets



6 118000 160175

