

# 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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19-

045328

MD: 86719

Averti  
Mo  
PPV

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1538

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DEROVICH Atika

Date de naissance : 1.01.85

Adresse :

Tél. : 06 0000 2426

Total des frais engagés

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28 / 07 / 2011

Nom et prénom du malade : AHKA DEROUICH

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Scl. Glap.

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) :

# 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
29.07.2011	Q	Q	13.00 H	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MA PÉRIE Dr M. YACHIL Ep. 2011 Rues de Noussour 11 N° 1 Tél : 05 22 53 79 48	29.07.2011	654,50

# 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  00000000  35533411  <b>G</b> </div> </div> <b>B</b>  <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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

### Conseil nutrition



تخطيط القلب- تتبع الحمل- مرض السكري والضغط الدموي  
الحمية العلاجية

Deroua Le :

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebtâ Casablanca  
Tavanic 500mg, cp pel 67  
P.P.V. : 205,00 DH

M. Atika Derovich



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acetylsalicylique  
P.P.V. : 27.70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Pharmacie MA FLOU  
Dr MEYER RYACHI Ep ZOU  
Perles de Poudre pour l'imm 14 N°  
1er 05 22 53 79 63

Dr. **Yahim ZGUIOUAR**  
Médecin Généraliste  
N° 5 Zine étg N° 4 Derroua  
Province de Berrechid  
: 06 76 67 07 89

تجالة نورة 5 (أولاء - بدر الخير) الطابق الثاني الشقة 4 الدروة برشيد  
Lottissement Nora 5 ( Ona Badr el khayr ) 2ème étage App 4 Deroua Berrechid.  
Tel: 07-00-86-13-43 / Gsm: 06-76-67-07-80

- Cardiac aspirin too.

22.20 - 1-0 Adt lojn.

65480

Dr. Ahlam ZGUIL  
Médecin Généraliste  
Lot Nora 5ème étg No 2  
Province de Berrich  
Tél : 06 76 67 07 80

cul vend.

Dr. Ahlam ZGUIOUAR  
Médecin Généraliste  
Lot Nora 5ème étg No 4 Deroua  
Province de Berrechid  
Tél : 06 76 67 07 80



24  
comprimés  
dispersibles  
1g

amoxicilline

**Amoxil**

**Amoxil**  
amoxicilline

1g comprimés dispersibles

**Composition:**

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) ... 1g

Excipient q.s.p. .... 1 comprimé

Contient de l'aspartam.

Cet étui contient 24 comprimés dosés à 1g, soit 24g d'amoxicilline.

اموكسيسيلين ١ غ. يحتوي هذا الدواء على الأسبرتام

Avant toute utilisation, lire attentivement la notice intérieure.

اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Ce médicament peut causer des allergies.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**



A avaler avec un verre d'eau  
يبلع مع كأس من الماء

ou



A mettre préalablement  
dans un demi verre d'eau  
avant ingestion

إذابة القرص في كوب من الماء وحرك الخليط

PPV: 103,60 DH  
LOT: 645173  
PER: 05/22



# زيتروماكس

أزيتروميسين



**3 أقراص / 500 mg**

**ZITHROMAX® 500 mg** ○

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV.: 1 2 2 2 2

P.P.V.

7 9 7 0

LOT N°: 1 2 9 9 9 7 6

09366030/4



# زيتروماكس

أزيتروميسين



**3 أقراص / 500 mg**

**ZITHROMAX® 500 mg** ○

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV.: 1 2 2 2 2

P.P.V.

7 9 7 0

LOT N°: 1 2 9 9 9 7 6

09366030/4