

## 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 :

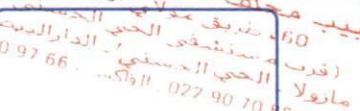
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule :	9198	Société :	ROYAL AIR MAROC
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ELMRAH SAID			
Date de naissance : 11/11/1957			
Adresse : 335 RUE SIDI SARGHO - HAY RAYANE POLE URBAN NOUACEUR			
Tél. : 0661798981 Total des frais engagés : # 415,00 Dhs			

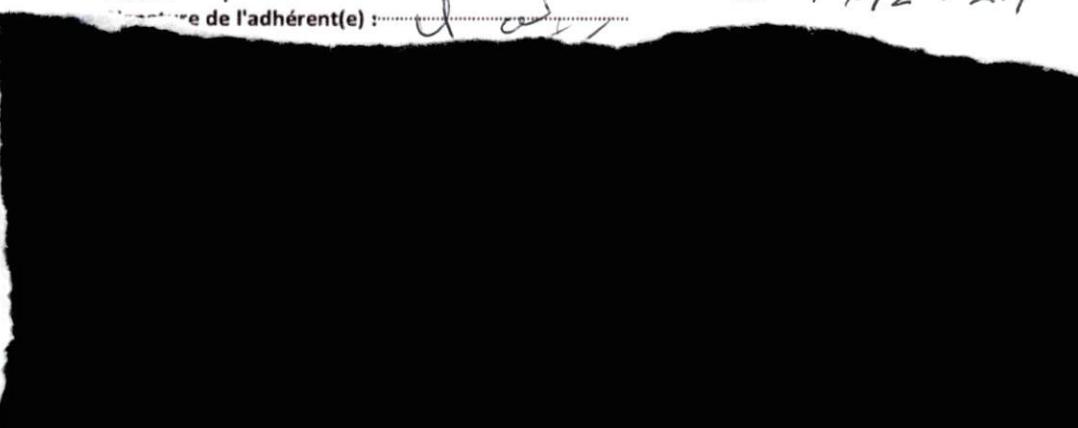
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	<b>Cadre réservé au Médecin</b>		
	<p>Cachet du médecin :</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">  </div>		
Date de consultation :	10/06/2021		
Nom et prénom du malade :	El Mrah Said		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	RMSI		
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 : 17/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

A circular blue ink stamp. The outer ring contains the text "Pharmacie Nouveau Parc" at the top and "Casablanca" at the bottom. The inner circle contains the text "Cachet du Pharmaciens ou du Fourchon". In the center, it says "Pharmacie Nouveau Parc" and "Casablanca" above a date "05/22/37". Below the date is the telephone number "Tel: 05 22-37-22".

Date	Montant de la Facture
06/12/2021	217,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

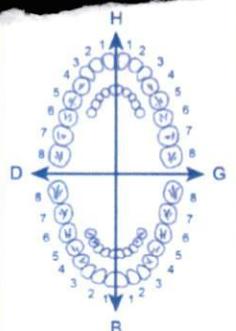
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHERENT

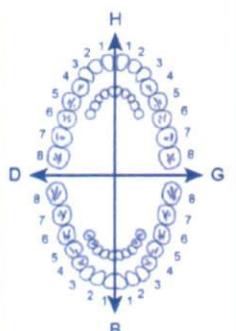
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## MONTANTS DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الخزولي

Casablanca, le :

106 00056 DEE 2021  
2021

1. Soc Jan 15akal am

2 - Predník 124,00  
3cpl Materiál  
už. 00

الشروع المحاكاة لدى الذئاب في النظام السياسي

60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء  
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca  
Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: E-mail : drgza@gmail.com

## **COMPOSITION :**

Amoxicilline (sous forme d'amoxicilline trihydratée) ..... 1 g  
Acide clavulanique (sous forme de clavulanate de potassium) ..... 125 mg  
Excipients ..... q.s.p 1 sachet de poudre.

**Excipient à effet notoire : Aspartam, Maltodextrine.**

## **POSOLOGIE, MODE D'ADMINISTRATION**

## **ET MISES EN GARDE SPÉCIALES :**

Lire attentivement la notice avant utilisation.

VOIE ORALE.

## **CONDITIONS DE CONSERVATION :**

A conserver à une température inférieure à 30°C et à l'abri de l'humidité.



Titulaire de l'AMM/Fabricant  
**Laboratoires SOTHEMA**  
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura  
Maroc

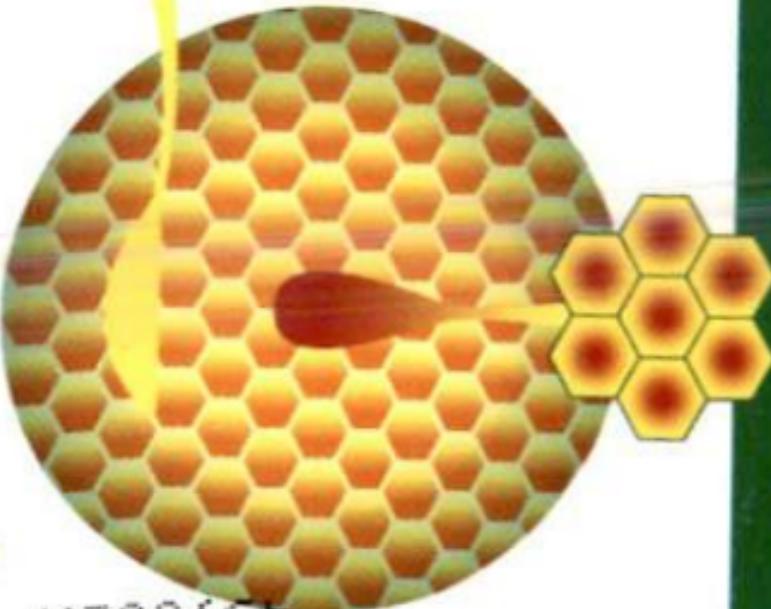
# Docivox

Sirop naturel  
sans conservateur

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS  
ET DE PLANTES  
(THYM-MAUVE-MELEZE)

Gout miel-menthe

- Apaise et dégage les voies respiratoires
- Adoucit la gorge irritée en cas de toux
- Renforce les défenses naturelles



125 ml

Dévo

49,00DH  
DLUD0:09/2024  
LOT:210499