

# 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.

Une attestation préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, interventions 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.

En cas de médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Facture 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 :

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

## Formation :

Une attente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de formations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Prothèse :

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

Nº M21- 0051283

162389

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### \* Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 3168 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : KHOMSI FATHIA

Date de naissance : 04.05.1958

Adresse : 18, Rés Youssef N°12, C<sup>e</sup> Rue Farir IFS.

Tél. : 0661412255 Total des frais engagés : 450 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30.12.2021

Nom et prénom du malade : KHOMSI FATHIA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 : 30.12.2021 Le : 30.12.2021

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-051283

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 : .....

### 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
30.12.2021			200,00	<i>Dr. Dr. Nasser TAZI Spécialiste en ORL de la Palestine à El HOURIA VIII Av. No 1, 1er étage - FES INP 1013675</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Jean Nez Rue El Attala Tel: 05 35 65 39 50 INP 1013675</i>	30.12.2021	290,40

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

021283

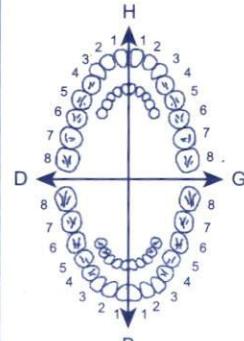
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

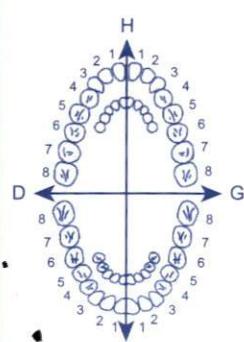
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le b

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		Coefficient DES TRAVAUX
H	25533412 00000000 35533411 00000000	21433552 00000000 11433553 B G
		
		MONTANTS DES SOINS
		DATE DU DEVIS
		DATE DE L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

# CABINET O.R.L.

**Docteur Hassan TAZI**

Diplômé en OTO-RHINO LARYNGOLOGIE  
et en OTOLOGIE et OTO-NEUROLOGIE  
de l'Université de BORDEAUX

Spécialiste des maladies et de la chirurgie  
des Oreilles - du Nez et de la Gorge  
Chirurgie de la surdité, chirurgie Cervico-faciale  
Explorations fonctionnelles -endoscopie

**الدكتور حسن التازي**

احترافي في أمراض و جراحة  
الأذن و الأنف و الحنجرة  
جراحة الوجه و العنق  
جراحة الصمم  
خريج كلية الطب ببوردو (فرنسا)

30/12/2021

Khomsi Fathia

48,50

- Cotipred 20 mg

Y5



3 cp / lematur



120,40

- clavulin 1 g

1 S



53,10 x 2 Relaxol cps

106,90



10/11/2024



15,30

- Vita



290,40



Avenue de la Palestine - Résidence El Houria

Imm. VII - Apprt. n° 1 (1er étage) Fès v.n. (en face MosquéeTajmouti) - Tél.: 0535 625 541 - GSM : 0661 503 304





**1g /125 mg**

..... sachet(s) ..... fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس ..... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الاكل، خلال ..... يوم.

اقرؤوا النشرة بانتباه قبل الاستعمال

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPU: 120,40 DH

LOT: 644300

PER: 11/21



**CLAVULIN**  
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

**1g /125 mg**

Poudre pour suspension  
buvable en sachet

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

A conserver à une température inférieure  
à 25°C et à l'abri de l'humidité.

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda, Région de Rabat

Information médicale :

GlaxoSmithKline Maroc

42 - 44 Angle Bd Rachidi et Rue Abou

Hamed AlGhazali, Casablanca 20 000