

# 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
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

**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

M22- N° 004661

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7044 Société : 120125

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAKRI Mohamed

Date de naissance : / /

Adresse : / /

Tél. : 0660591749 Total des frais engagés : 402,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31 / 05 / 22

Nom et prénom du malade : SAKRI Youma Age : 63

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

Nature de la maladie : /

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : /

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 : 22 / 06 / 22

Signature de l'adhérent(e) : /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
31/05/22	C		200h	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
31/05/22	202h

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur AIT LAHSINE Fatiha

**PÉDIATRE**

Spécialiste des maladies de l'Enfant  
et Nourrisson  
Allergologie et Asthme de l'enfant



الركنورة أمّ الحبيب فتيحة  
إختصاصية في أمراض الطفل  
والرضيع  
أمراض الحساسية و الربو  
عند الأطفال

Casablanca, le: 31/05/2022 في: الدار البيضاء،

ENT. SAURE Yousef

U.D. Bionmylène San Aris du Maroc  
1) Angèle Simon

2) Agnès py gy ent

89.10  
1pt

3) Felice s ent  
19.00  
68  
4) Apriatel m

23/0  
1 ch - 28 x 27  
3

5) vermore mop

53, bd. Ekba Ibn Nafi, 1er Etage (En face Maroc Telecom)  
Hay Mohammadi - Casablanca - Tél.: 05 22 60 63 60

53, شارع عقبة بن نافع، الطابق الأول (أمام إتصالات المغرب)  
الحى المحمدي - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 60 63 60

GSM : 06 61 23 55 82 - E-mail : aitalahsinefatiha@hotmail.fr





28,40

neumatodes et les cestodes.  
Chez l'homme, Vermox est très efficace  
contre :

*Enterobius vermicularis*  
*Necator americanus* (ank)  
*Ascaris lumbricoides* (asc)  
*Strongyloides stercoralis*  
*Trichuris trichiura* (tricho)  
*Taenia spp.* (ver solitaire).  
*Ancylostoma duodenale*  
(ankylostome)

Une posologie judicieuse permet de  
guérir plus de 90 % des patients, même  
en cas d'infections sévères ou mixtes.

### Indication

- Oxyurose
- ascaridiose
- trichocéphalose
- ankylostomose
- strongyloïdose (anguillulose)
- ténia

PO

1.

1 x

cui

Et

ré

on

no

se

es

programmes d'évaluation.

-

Ascaridiose, trichocéphalose,

ankylostomose et infections mixtes :

né, matin et soir, pendant 3

x 5 ml de suspension buvable

rée à café) matin et soir

jours.

la posologie s'applique aux

et aux enfants.

2.

Ténia et anguillulose :

Posologie pour adultes :

bien que l'on

ait obtenu de bons résultats à des doses

plus faibles, on conseille de prendre 2

comprimés ou 2 x 5 ml de suspension

buvable (une cuillerée à café) matin et

soir pendant 3 jours, afin d'accélérer la

guérison. ces fortes doses n'entraînent

pas d'avantage d'effets secondaires.

la dose pour enfants est maintenue à

1 comprimé ou 1 x 5 ml de suspension

buvable (une cuillerée à café) 2 fois par

jour pendant 3 jours.

3.

40,00

VERMOX 200MG/ML

SUSP BUV FL 30ML

P.P.V. : 23DH10

6 118000 011804

بيوميلاز

200U.CEIP/ml



8 032578 479683

LOT

220127

2025/02

PPC

: 8950 DH

CHARMED

LOT : 6011  
UT.AV : 01-25  
PPV : 19DH00

MAIS LES  
MÉDICAMENTS A PORTEE DE MAIN  
DES ENFANTS.

<< إن هذا دواء >>

- الدواء مستحضر ولكن ليس كغيره من المستحضرات.
- الدواء مستحضر يؤثر على صحتك واستهلاكه خلافاً للتعليمات يعرضك للخطر.
- اتبع بدقة وصفة الطبيب وطريقة الاستعمال المنصوص عليها وتعليمات الصيدلاني الذي صرفها لك.
- فالطبيب والصيدلاني هما الخبيران بالدواء وينفعه وضرره.
- لا تقطع مدة العلاج المحددة لك من تلقاء نفسك.
- لا تعد ولا تزد عليها بدون استشارة الطبيب.
- لا تترك الأدوية في متناول أيدي الأطفال

Consommation pendant la grossesse  
L'expérience a prouvé que l'utilisation  
de Vermox pendant la grossesse ne  
comporte pas de risques.  
Néanmoins il est à conseiller,  
notamment lors du premier trimestre  
de la grossesse, de n'utiliser Vermox  
que dans les cas où c'est  
thérapeutiquement nécessaire.

### Présentations

Boîte de 6 comprimés;  
Flacon de 30 ml de suspension buvable.

### CECI EST UN MEDICAMENT

- Un médicament est un produit, mais non comme les autres.
- Un médicament est un produit qui agit sur votre santé et sa consommation non conforme aux prescriptions vous expose à un danger.
- Respecter rigoureusement l'ordonnance de votre médecin et le mode d'emploi qu'il vous a prescrit.
- Suivez les conseils de votre pharmacien.
- Votre médecin et votre pharmacien connaissent le médicament, ses

JANSSEN-CILAG S.A.

Fabriqué sous licence par :

maphar

Km 10, route côtière 111  
Quartier industriel, Zenata  
Ain Sebaâ, Maroc

