

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2664

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABDOUN ABDELHAFID

Date de naissance : 1951

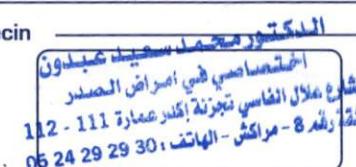
Adresse : 115 Rue Fourate apt 502 Res la case Macarif CASA

Tél. : 06 73 23 44 95

Total des frais engagés : 1347,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/08/22

Nom et prénom du malade : ABDOUN ABDELHAFID Age : 71

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Appendicitis Respiratum

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 : M.C.M.A. Le : 15/08/22

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
06/08/22	C	Gabri		<p>دكتور محمد سعيد عبادو طبيب أسنان - العصر شارع عمالة الفاسية لمجنة أكابر علاة شقة رقم 8 - مراكش - الهاتف: 05 24 29 29 30 INPE : 071083778</p>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2-08-22	1347,500

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G B	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

# Docteur Med Saaïd ABDOUN

Spécialiste des Maladies Respiratoires (Asthme, Tuberculose ...)  
et allergique pour Enfants et Adultes  
Exploration Fonctionnelle Respiratoire  
Fibroscopie Bronchique  
Ex. Médecin à l'Hôpital Ibn Zohr - Marrakech

الدكتور محمد سعيد عبدون

أخصائي في أمراض الصدر (الضيقية، السل ...) و الحساسية للكبار والصغار طبيب سابق بمستشفى ابن زهر - مراكش

INPE : 071083778 Marrakech, le : 02/08/22 مراكش، في :

M'ABDOUN Abdelhafid

$$106,80 \times 6 = 640,80$$

SV

$$- TRIMAXON 18$$

$$100 \times 211 \times 311$$

53,00

$$57,00 \times 5 = 285$$

SV

$$- TRIMAXON 500 mm$$

$$100 \times 211$$

$$122,70 \times 2 = 245,40$$

SV

$$- TRIMAXON 5 mm$$

$$53,00 \times 2 = 106,00$$

SV

$$- Mibrals 5 mm$$

$$35,70 \times 2 = 71,40$$

SV

$$- TARDIF 160$$

$$100 \times 100$$

$$1347,40$$

شارع علال الفاسي، الروضات أمام كلية اللغة العربية، عمارة 111 - مراكش - الهاتف : 05 24 29 29 30



الدكتور محمد سعيد عبدون  
أخصائي في أمراض الصدر

شارع علال الفاسي تجربة أكسل عمارنة 111 - 112  
مراكش - الهاتف : 05 24 29 29 30

شارع علال الفاسي، الروضات أمام كلية اللغة العربية، عمارة 111 - مراكش - الهاتف : 05 24 29 29 30

KARDEGC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V. : 350H70



LOT : 22E002  
07 2023

LIBRE : 031083518

# ترياكسون®

سفترياكسون عبر العضل

مع 500  
ملي 2/500  
عبر العضل

1 قارورة + 1



قارورة من المسحوق

+ 1 أمبولة مذيب محلول للحقن

مساء ☀ زوال ⚡ صباح ☀ مدة ☀

TRIAxon® I.M.

500mg/2ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081234



COOPER  
PHARMA

LOT : S-02-6  
PER : 09-2024  
PPV : 57,00DH

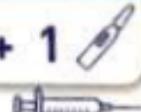
756.134.09.19

# ترياكسون®

سفترياكسون عبر العضل

مع 500  
ملل/2 مل  
عبر العضل

1 قارورة + 1



قارورة من المسحوق

+ 1 أمبولة مذيب محلول للحقن

مساء ☺ زوال ☀ صباح ☀ مدة ☀

TRIAXON® I.M.

500mg/2ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081234



COOPER  
PHARMA

LOT : S-02-6  
PER : 09-2024  
PPV : 57,00DH

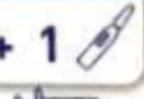
756.134.09.19

# ترياكسون®

سفترياكسون عبر العضل

مع 500  
ملل/2 مل  
عبر العضل

1 قارورة + 1



قارورة من المسحوق

+ 1 أمبولة مذيب محلول للحقن

مساء ☀ زوال ⚡ صباح ☀ مدة ☀

TRIAXON® I.M.

500mg/2ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081234



COOPER  
PHARMA

LOT : S-02-6  
PER : 09-2024  
PPV : 57,00DH

756.134.09.19

# ترياكسون®

سفترياكسون عبر العضل

مع 500  
ملل/2 مل  
عبر العضل

1 قارورة + 1



قارورة من المسحوق

+ 1 أمبولة مذيب محلول للحقن

مساء ☺ زوال ☀ صباح ☀ مدة ☀

TRIAXON® I.M.

500mg/2ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081234



COOPER  
PHARMA

LOT : S-02-6  
PER : 09-2024  
PPV : 57,00DH

756.134.09.19

# ترياكسون®

سفترياكسون عبر العضل

مع 500  
ملي 2/500  
عبر العضل

1 قارورة + 1



قارورة من المسحوق

+ 1 أمبولة مذيب محلول للحقن

مساء ☀ زوال ⚡ صباح ☀ مدة ☀

TRIAxon® I.M.

500mg/2ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081234



COOPER  
PHARMA

LOT : S-02-6  
PER : 09-2024  
PPV : 57,00DH

756.134.09.19

# ترياكسون®

سفترياكسون عبر العضل

3.5/1  
غ مل  
عبر العضل

1 قارورة + 1

قارورة من المسحوق  
أمبولة مذيب محلول للحقن



مدة 4 زوال صباح مساء

TRIAxon® I.M.  
1g/3.5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081258



LOT : S-07-2  
PER : 03-2024  
PPV : 106,80DH

756.135.09.19

# ترياكسون®

سفترياكسون عبر العضل

3.5/1  
غ مل  
عبر العضل

1 قارورة + 1

قارورة من المسحوق  
أمبولة مذيب محلول للحقن



مدة 4 حفظ صباح زوال مساء

TRIAxon® I.M.  
1g/3.5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081258

 COOPER  
PHARMA

LOT : S-07-2  
PER : 03-2024  
PPV : 106,80DH

756.135.09.19

# ترياكسون®

سفترياكسون عبر العضل

3.5/1  
غ مل  
عبر العضل

1 قارورة + 1

قارورة من المسحوق  
أمبولة مذيب محلول للحقن



مدة 4 حفظ صباح زوال مساء

TRIAxon® I.M.  
1g/3.5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081258



LOT : S-07-2  
PER : 03-2024  
PPV : 106,80DH

756.135.09.19

# ترياكسون®

سفترياكسون عبر العضل

3.5/1  
غ مل  
عبر العضل

1 قارورة + 1

قارورة من المسحوق  
أمبولة مذيب محلول للحقن



مدة 4 زوال صباح مساء

TRIAxon® I.M.  
1g/3.5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081258



LOT : S-07-2  
PER : 03-2024  
PPV : 106,80DH

756.135.09.19

# ترياكسون®

سفترياكسون عبر العضل

3.5/1  
غ مل  
عبر العضل

1 قارورة + 1

قارورة من المسحوق  
أمبولة مذيب محلول للحقن



مدة 4 حفظ صباح زوال مساء

TRIAxon® I.M.  
1g/3.5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081258



LOT : S-07-2  
PER : 03-2024  
PPV : 106,80DH

756.135.09.19

# ترياكسون®

سفترياكسون عبر العضل

3.5/1  
غ مل  
عبر العضل

1 قارورة + 1

قارورة من المسحوق  
أمبولة مذيب محلول للحقن



مدة 4 زوال صباح مساء

TRIAxon® I.M.  
1g/3.5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081258

 COOPER  
PHARMA

LOT : S-07-2  
PER : 03-2024  
PPV : 106,80DH

756.135.09.19