

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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](http://www.mupras.com)

144029

**Déclaration de Maladie : N° S190053192**

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricole : 8741      Société : R.A.M

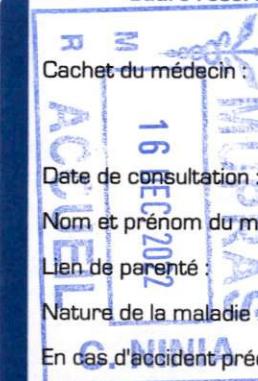
Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : JAAFAR SI EL AASSANE Date de naissance : 26/11/67

Adresse : N°4 Rue N°4 AL QODS 3 LISSASFA CASA

Tél. 0661456897      Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin



للمختار، سعيه الخضراء  
طبيب محلق، خبير لدى المحاكمة  
60، طريق مولاي التعماني  
(قرب مستشفى الحسني)  
مانلا الحسني - الدارالبيضاء  
22 90 97 66 - 02 270 28  
الهاتف: 02 270 28

Date de consultation : 07 NOV 2022

Nom et prénom du malade : JAAFAR ISMAIL Age:

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : *Alzayek*

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 : CASA Le : 12/12/2022

Signature de l'adhérent(e) : *J. M. J.*

### 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
07 NOV 2022	C		200.00	Signature in red ink over handwritten numbers and letters.

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE 140 Bd Sidi El Amor Casablanca Téléfax: 05 22 65 20 07	02/11/2022	J = 126.5

### 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	

### 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Saïd GZOULI**

**الدكتور سعيد الكزوولي**

Médecin Assermenté

طبيب معتمد

Expert près les Tribunaux

خبير لدى المحاكم

31, P

JAFAAR

ESTATE

Casablanca, le :

07 NOV 2022

الله يهدي في :

1.

Peridys cp

1 kg x 3 p av ✓

13,8

Phazid eos

1 kg x 3 p av ✓

65,0

3-

Ulfia hemweg p.  
140 Lot Smiralda 15.65  
84.R.J.A. 15.65  
PHARMA ULFIA  
Casablanca 05.22.65.20.07  
Tunisie 05.22.65.20.07

58,9

Sodav 500

1 kg x 2 p av ✓

126,5

لهم أنت أنت أنت (قرب مصحة العمان الاجتماعي) مازولا - العي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - E-mail : drgzsa@gmail.com

# Soclav®

Amoxicilline/Acide clavulanique : 8/1

®

**500 mg/62,5 mg**

**12 Sachets**

Poudre pour suspension buvable

Vie orale

**Enfants**



SP, 9D



*Saccharomyces boulardii* CNCM I-745®

## MÉDICAMENT PROBIOTIQUE

20  
GÉLULES  
250mg

BIOCODEX  
MAROC

Lot :  
مجموعه:

Fab :  
صنع:

EXP. : صالح لغاية:  
:

961 02 2022 02 2025  
BIOCODEX MAROC  
PPV 65.10 DH

# **A.PAZIDE**

®

Nifuroxazide

200

Adultes



Diarrhées infectieuses

Voie orale

bottU<sup>®</sup>

82, Allée des Casuarinas, Ain Sébâa - Casablanca

S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

16 gélules

PPV: 19DH70

PER: 09/25

LOT: L2923

718000 011248

PERIDYS 10MG CP PELL B20

**PIERRE LAROCHE** MAPHAR  
Fabricant sous licence par :  
maphar  
Cm 10, route de la 111, Quartier la  
Zemgata Ain Sebaâ, Maroc.

Uniquelement sur ordonnance - Liste ||

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

Peridis - Domperidone - 10mg

32,80