

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-421183

14/11/65



Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8612 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Mohamed AGOUZOUL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZAOUIK Kacem
Pneumo-allergologue
91, Rue Liberté - Casablanca
GSM: 0661 177626 - Tel: 0522 44 5281

Date de consultation : 14/11/2022

Nom et prénom du malade : M. Mohamed AGOUZOUL

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Appendicite

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.

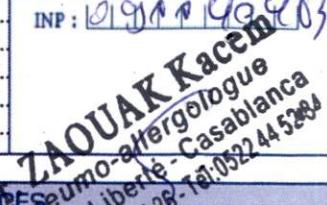
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 10/11/11 | ca | 3.00 | | INP : 1019111404803 OUAK KACEM Médecin Vergologue Casablanca 06 44 53 88 |



EXECUTION DES ORDONNANCES *sur* *Liberté* *18-19*

| Cachet du Pharmacien ou du Pionnisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| pharmacie ITOUBI Ibtissam ITOUBI Bd Idriss 1er Casablanca 322 30 79 18 | 14/11/2022 | 295,50 |



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 |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important:

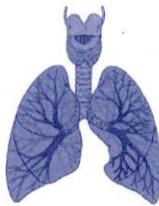
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|---|---|----------------------------------|-------------|---|
| | | | | 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 | | | |
| | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| D 00000000 35533411 | B 00000000 11433553 | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | |
| | | | | 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

Dr Kacem ZAOUAK



الدكتور قاسم الزواقي
إختصاصي

C.E.S DE PNEUMOLOGIE
D.U. D'ALLERGOLOGIE
SPÉCIALISTE

MALADIES RESPIRATOIRES ET ALLERGIQUES
RONFLEMENT - APNÉES DU SOMMEIL
DIPLÔME DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

أمراض الجهاز التنفسي و أمراض الحساسية
الشخير - انقطاع التنفس بالليل
خريج جامعة بوردو

الدار البيضاء في : ١٤١١٢
Casablanca, le :

pharmacie ATLAS
صيدلية اطلس
Dr. Ibtissam LYOUBI
41, Bd Brise 1er Casablanca
Tél: 0522 30 79 18

S.V

pharmacie ATLAS
صيدلية اطلس
Dr. Ibtissam LYOUBI
41, Bd Brise 1er Casablanca
Tél: 0522 30 79 18

Dr. ZAOUAK Kacem
Pneumo-allergologue
Rue Liberté - Casablanca
17/1626 - Tél: 0522 44 52 84

المستعجلات : Tél : 05 22 44 52 84 - Urgences : 06 61 17 76 26

91 زنقة الحرية الطابق 4 الشقة 12 - بنجديه أمام عمارة 17 طابق - الدار البيضاء
91, Rue Liberté, 4 étage, appt 12 - benjdia à côté de l'immeuble 17 étages casablanca
E-mail : Zaouak@hotmail.com

كوبريد

بريدنيزولون

20 ملخ

عن طريق الفم

قرصاً فوار

PHARMA 5

LOT : 9695
PIER : 06-25
P.P.V : 36 DH 40

Lire la notice attentivement avant utilisation
A conserver à l'abri de l'humidité
Reboucher soigneusement le flacon après
chaque prise
Ne pas laisser à la portée des enfants

اقرأ الشرة بتأني قبل الإستعمال
يحفظن هذا الدواء بعيداً عن الرطوبة
أغلق بعناية الفارورة بعد كل إستعمال
لا يترك هذا الدواء في متناول الأطفال

Mat
Liste I
Uniquement sur ordonnance

Respecter les doses prescrites
احترم المقدار المعينة

Laboratoires Pharma 5
Zone Industrielle Ouled Saleh - Bouskoura - Maroc
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

A40031



40x40x65

Composition

Prednisolone 20 mg
(sous forme de métasulfobénozoate de sodium)

Excipients q.s.p.1 comprimé effervescent
Excipients à effet notoire : Lactose, sodium

التركيب :

بريدنيزولون 20 منج
(على شكل ميتسلفونيزوات صوديوم)

سواع كافية كافية قرص واحد فوار

سواع ذات تأثير ملحوظ : الاكزون، الصوديوم

| | | | |
|-------|-------|------|------|
| 1 | | | |
| Durée | Matin | Midi | Soir |

AMM : 375/16 DMP/21/NCN

Kopred® 20 mg
Boîte de 20 comprimés



6 118000 094586

Fleximat

