

## 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- 0019932

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2521 Société : 162870  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ZEDDAGH KHAHISA  
Date de naissance : 02.03.1951  
Adresse : RUE 30 - NR 43 - CASABLANCA - KERIMATE -  
Tél. : 06 82 20 92 98 Total des frais engagés : 79,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : / / 30 MAI 2023  
Nom et prénom du malade : Age :  
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 : CASABLANCA Le : 02 / 05 / 2023  
Signature de l'adhérent(e) : Zeddagh


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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/05/23	79,20

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

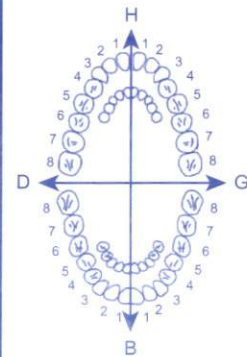
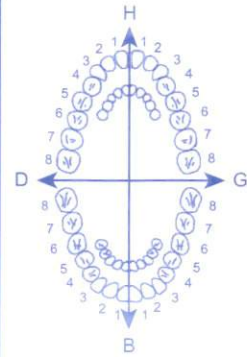
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

Veuillez 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
			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

M ZEDDAGH  
KHAdirja

le

02.05.23

**FACTURE N° 33**

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	Montant
01	KIT HOMEDROP	79,20	
		T= 79,20	

PHARMACIE AL IMAM MALEK  
Dr. MEDDAH Mourad  
Hay Lakemmat, Rue 28, N°64  
Casablanca 2013  
Tél.: 06 22 21 23 13  
GSM: 06 61 00 55 05

**PHARMACIE M. IMHAH MALEK**  
Dr. MEDDAH Mourad  
Hay Lakemmat, Rue 03, N°64  
Casablanca  
Tél.: 05 22 21 23 13  
GSM: 06 61 00 55 05

# زيتروماكس\*

أزيتروميسين

مزيج معلق للشرب - أكياس (مسحوق لمزيج معلق للشرب)

الأزيد منسوب للماكروليد. زيتروماكس له فعالية على التلتهبات الناجمة عن جرثيم يؤثر عليها.

كروليد.

3 أقراص / 500 mg

ZITHROMAX 500 mg  
3 comprimés



118000 250500

حساسية (طفح جلدي، حكة...) يجب استشارة الطبيب المعالج - يجب الإحاطة إلى علم الطبيب المعالج بأي المضاعفات الحية من صنف الماكروليد - لا يجب استعمال هذا الدواء عند المسابين يضعف في وظيفة الكبد - مية، بنصح عدم استعمال مشتقات مهماز الجود.

حال :

العالج في حالة :

- حالة حمل.
- حالة رضاع.
- أخذ أدوية أخرى في آن واحد.

حالة حساسية.

ان. في. إسهال وأوجاع بطنية.  
طفح جلدي، أو دماكوينك.

يزيد وزنه من 45 كلغ : قرص واحد من عيار 500 ملغ في اليوم لمدة 3 أيام.  
من 45 كلغ : 10 ملغ/كلغ وزنا يوميا مدة 3 أيام.

P.P.V.

79 70

UT.AV. : 1 2 2 0 2 2

LOT N° : 1 2 9 9 9 7 6

09366030/4

كيفية الاستعمال