

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-781868



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

10136

Société :

LAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL MADI ANINA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0669211332

Total des frais engagés : ..... Dhs

76475

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : .....

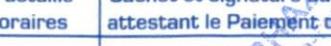
Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT



#### **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
22/6/25	CS	2700hs		INP : 1111111111  Dr. Sami Kadi 3541 Maarrouf 52270086

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>STE PHARMACIE GOLF CITY</i>	<i>22/06/2023</i>	<i>288,70</i>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **VOLET ADHERENT**

BEIJING 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				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H D G B	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553	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

Dr. Sanae LRHAZI

Spécialiste

Oto-Rhino-Laryngologie et  
chirurgie cervico-faciale

Diplôme de vertige et troubles de l'équilibre  
surdité, Ronflement et Allergie ORL  
Acouphène, Pathologie de la voix,  
Goitre



د. سناة الغازى

إختصاصية

أمراض وجراحة الأذن الأنف الحنجرة

جراحة الوجه والعنق

دبلوم علاج الدوخة واضطراب التوازن

تشخيص وعلاج الصمم، الشخير والحساسية

طنين الأذن، اضطراب الصوت

الغدة الدرقية

## Ordonnance

Le : 26/6/2003

Pnc

El mab: Amina

103160  
RDCN° 9 - F-  
Centre commercial Golf City  
Bakessidi Madaoui Casablanca  
Tel: 0522 59 07 09

An oxi

4010

Cot. pick

3) E sac  
14450

288,10

4) Vitec

gcp

20mg qd

5g qd

5000

LRHAZI

3cp - 1- 466

3cp - 1- 466

3cp - 1- 466

(30 min  
aut 1cpm)

2cp - 1-

Adresse : Bd. Moulay El Yazid, Résidence Naim, Imm N°7 Appt 3, 1<sup>er</sup> étage

Bakessidi Madaoui - Casablanca -

Tél : +212 524 7800 88 - 3 512 657 07 64 07 - Email: sanaelrhazi@gmail.com

**Formule :**

Prednisolone ..... 20 mg (sous forme de mésasulfobenzoate sodique)

Excipients ..... q.s.p. 1 comprimé effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total quatre cents milligrammes de prednisolone (sous forme de mésasulfobenzoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications, contre indications, excipients à effet notoire : voir notice

PPV : 40DH00

PER : 04/26

LOT : M1180

PPV : 103,60 DH  
LOT : 650870  
PER : 11 / 24

## RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

### Uniquement sur ordonnance

Amoxicilline sous forme de comprimés dispersibles 1g

Composition : Amoxicilline (sous forme de comprimés dispersibles 1g) ..... trihydrate) ..... 1g Excipient g.s.p. ..... 1 comprimé Contient de l'aspaspartam.

Cet étui contient 24 comprimés doses à 1g, soit 24g d'amoxicilline.

Avant toute utilisation, lire attentivement la notice intérieure.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

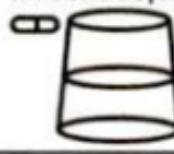
Ce médicament peut causer des allergies.

Uniquement sur ordonnance

Amoxicilline sous forme de comprimés dispersibles 1g



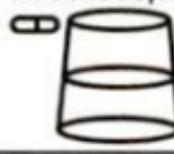
A avaler avec un verre d'eau



A mettre préalablement dans un demi verre d'eau avant ingestion



A avaler avec un verre d'eau



**ESAC®** 20  
ésoméprazole mg

**28 gélules**

*Microgranules  
gastrorésistants*

**Voie orale**



144,50

22703

201x4

144D145