

# 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.

## Diologie 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.

## Éducation :

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

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



mb 9450

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0011486

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9450 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN CHEIKH Walid Date de naissance :

Adresse : Residence IBRAHIM Khatir Rue Souk El Choua

Tél : 0661181127 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

NAJJARA Amira  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Bd. Mustapha EL MAANI  
BOULEVARD N°1 Tél : 0522 202 203

Date de consultation : 28 / 08 / 19

Nom et prénom du malade : BEN CHEIKH WAHIB Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : B. G. P. T. ankylosé m. 34

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 : 28 SEP 2019


Signature de l'adhérent(e) :



## 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
	08/19	116,00

## 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
		AM	PC	IM	IV	

### Adresses Mails utiles

- ☐ Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- ☐ Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- ☐ Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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)



### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

**Veillez 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			
	3	4	consolidation	D	COEFFICIENT DES TRAVAUX	10	
			amplification	10			
			Pulgate		MONTANTS DES SOINS	207,000	
	<b>NAJJARA Amina</b> <b>ARGENTIER DENTISTE</b> Boulevard EL MAAMI Casablanca Tél : 6522 29 203				DEBUT D'EXECUTION	28/08/19	
	<div style="color: red; font-size: 2em; font-weight: bold;">BPR Cours</div>				FIN D'EXECUTION	28/08/19	

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

1. NAJJARA Amina  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Bd. Mustapha EL MAANI  
Casablanca - Tél : 0522 282 203

Le : 28/08/19

## ORDONNANCE

Mb, 2

1) ZANOX



BENCHEIKH

WAHIB

1g

SA

18

MADAME BARTAL FATIMA  
Pharmacie Acharrat  
Rue Socrate - Maâni  
Casablanca - Tél : 0522 25 22 09

RK 8

2) Pain

gel

par

général  
2h

3) Buccal hy (B.B.)

3h après Bessge.

NAJJARA Amina  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Bd. Mustapha EL MAANI  
Casablanca - Tél : 0522 282 203

**ZAMOX®**  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
1 G / 125 mg

**ZAMOX®**  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
1 G / 125 mg

**ZAMOX®**  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
1 G / 125 mg

**زاموكس**  
اموكسيسيلين - حامض كلافيلانيك  
1 غ / 125 ملغ

**Adulte**

Poudre pour suspension  
buvable en sachet

- Ceci est un médicament, NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.
- Avant toute utilisation, LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE INTERIEURE.

Conserver à une température inférieure  
à 25°C et à l'abri de l'humidité.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

**b**

bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

7

**Adulte**

Poudre pour suspension  
buvable en sachet

Voie orale



Rapport amoxicilline-  
acide clavulanique : 8/1

16 SACHETS

**Adulte**

Composition :

Amoxicilline ..... 1 g  
(sous forme trihydratée)  
Acide clavulanique ..... 125 mg  
(sous forme de clavulanate de potassium)  
Excipients à effet notoire : Potassium, Saccharose,  
Sodium.  
Mise en garde spéciale : risque d'allergie  
AMM N° 720/16 DMP/21/NRQ

**ZAMOX® Adulte**  
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE  
1g/125mg

16 SACHETS



100267  
11/16

**الكبار**

مسحوق لأجل  
محلول للشرب  
عن طريق الفم



نسبة الاموكسيسيلين -  
حامض كلافيلانيك 1/8

16 كيسا

PPV: 116DH00  
PER: 05-22  
LOT: I 1348

