

# 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

Le 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)

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12 268 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Belkhayat Zougan Myriem

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 06 61 40 66 86 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

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

Lien de parenté :  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 médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-026486

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal 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

N° W19-435159

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : .....

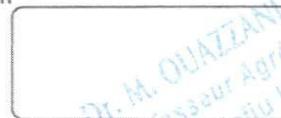
Date de naissance : .....

Adresse : .....

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

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04 OCT 2019 ..... Age : .....

Nom et prénom du malade : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *Abdule cependant faciliter et Economiser*

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

Déclaration de maladie

N° W19-435159

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

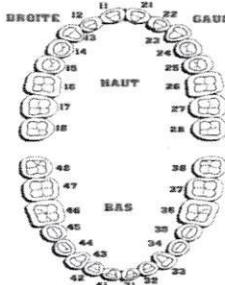
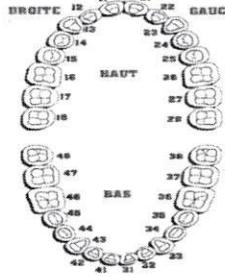
Date de dépôt : .....

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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
				<input type="button" value="Montant des soins"/>
				<input type="button" value="Début d'exécution"/>
				<input type="button" value="Fin d'exécution"/>
				<input type="button" value="Montant des soins"/>
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			<input type="button" value="Montant des soins"/>
	D	H	G	
	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553		
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="button" value="Date du devis"/>
				<input type="button" value="Fin de"/>



W18-381905

DATE DE DEPOT

05/10/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 12268		
Nom & Prénom : <b>BAKILIA K. Djyien</b>				
Fonction : <b>Chief. Dept.</b> Phones: <b>06 61 40 66 86</b>				
Mail : <b>medelkhaouar@replaisir.com</b>				
MEDECIN Prénom du patient				
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/> Age: <b>04.10.2014</b>				
Nature de la maladie				
<b>Céphalies fréquentes</b> <b>Medelkhaouar MUPRAS</b>				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
<b>11 OCT. 2019</b>				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
<b>CS</b>	<b>AC</b>	<b>300 DH</b>		
PHARMACIE Date : <b>04-10-19</b>				
Montant de la facture				
<b>620,00</b>				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :				
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :				
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

LOT N°:

UT. AV:

PPV:

OUAZANI Touhami

é de Pédiatrie

es Maladies  
Nourrissons

Ex. Chateaubriand  
entral) - Casablanca

Tél. : 0522.20.12.94 / 0522.20.36.38

Fax : 0522.29.89.49

E-mail.: makine\_ouazzani@hotmail.com

Sur Rendez-vous  
(Cabinet fermé Jeudi après midi)

تهاامي

N° du Lot

18 J 661

Date Per.

40.10.2021

P.P.V: 119,10 DH

0522.20

makine\_ouaz.

A20010353/04

البر

(العيادة مغلقة عشية الخميس)

04.10.2019

Casablanca, le

Enfant OUALALOU Camelia

(51,00 x 3)



الدار البيضاء في

Age : 9 ans 1 mois

Poids : 25,00 Kg

1 MAXICLAV ENFANTS SIROP

Graduation 25, matin, midi et soir pendant 8 jours.

42,00

2 PREDNI 20MG

Prendre 1 comprimé le matin, pendant 5 jours.

79,50

3 APIXOL SIROP

Prendre 1 mesure le matin, à midi et le soir, pendant 8 jours.

119,10

4 RISONEL SUSPENSION NASALE

Faire 1 pulvérisation le soir, pendant 1 mois.

198,00

5 PROLACTYS ENFANTS

Dissoudre le contenu du stick dans de l'eau à température ambiante ou dans un yaourt. Prendre un stick par jour pendant 10

28,40

6 APIRETIL SOLUTION BUVABLE

Graduation 25, toutes les 6 heures si température si

Pr Makine OUAZZAN

Lot:  
à consommer  
avant le:

190297

05/2022

PPC: 79,50 DH

690,00

PHARMACIE  
Nadia  
Avenue du Ph  
Casablanca - Tel: 05 22 20 28 67

En cas d'urgence

Clinique Cardiologique et Pédiatrique "CALIFORNIE"  
545, Bd. Panoramique - Route de Mekka - Californie  
Casablanca - Tél. : 0522.50.80.80 / 0522.52.55.55

PROLACTYS®  
Enfant

N° DA 20181710014DMP/20UCA/V1

PVC: 198 dhs

VMS  
Healthcare

في حال  
مصحة الـ  
شار  
545  
الدار البيـ

PPV 51DH09

OT 81807P PER 09720

Dans cet  
1. Qu'est  
dans qu  
2. Quelk  
par mi, f  
3. Comi  
buvable  
4. Quels  
5. Comi  
buvable  
6. Inforr

## 1. QU'E RIVAR

**BOVAB**  
*Classe f*  
**MAXICL**  
contien  
L'amoxi  
peuven  
clavula  
*Indicat*

MAXICI  
suivant  
• Infect  
• Infect  
• Infect  
• Infect  
• Infect

## 2. QU

**MAXICLAV\* 100 mg/12,50 par ml, POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE ?**

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucre, contactez-le avant de prendre ce médicament.

#### **Contre-indications :**

Ne prenez jamais MAXIL 1 AV-III dans la

dans le  
• Si l'est

• Si l'est  
ou à l'u  
rubriqu  
- Si a

- Si a
  - antibiot

- Si il a des  
tours de  
pieds
- Ne dé  
montez pas

mention  
En cas  
d'admini  
Réservé

## Précaution Faites a buvable

### Demande administrative

- Est traité
- N'urine pas

d'admini  
Dans ce

## **l'infection**

ou un a  
Réaction

REV 51PH00

10T 1760 PER 03/21

#### — *annexe*

Si votre enfant arrête de prendre la suspension buvable :