

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

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



Déclaration de Maladie
N° P19-0026486

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12 268 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Belkhatat Zaouan 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 au 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 canaux, 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 canaux.

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 Aïl Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïl 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

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : *Alcoolisme chronique*

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 ADHERENT

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																	



W18-381905

DATE DE DEPOT

09/10/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 12 268
Nom & Prénom <u>BEKHAJAT Nour</u>		
Fonction <u>Prof Vét</u>	Phonés <u>06 61 40 66 86</u>	
Mail <u>mbekhaajat@noplairmaroc.com</u>		
MEDECIN		
Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date <u>04-10-2019</u>
Nature de la maladie		Date 1ère visite
<u>Céphalées frontales</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
<u>11 OCT. 2019</u>		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>C38</u>		<u>300 Mr</u>
PHARMACIE		
Date <u>04-10-19</u>		
Montant de la facture		
<u>620,00</u>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Date :		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date :		
Nombre		
AM	PC	IM
Montant détaillé des Honoraires		

PHARMACIE LAHJAJMA
Nadia LAHJAJMA
Année du Praticien : 2019
Casablanca Tel: 05 22 20 28 67

LOT N°:

UT. AV:

PPV:

ZANI Touhami

de Pédiatrie

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)

تهامي

N° du Lot

Date Per.

الرضع

(ن سابقا)

نيسي

0522.20

P.P.V: 119,10 DH

makine_ouaz

A20010353/04

البريد

(العيادة مغلوقة عشية الخميس)

04.10.2019

Casablanca, le

الدار البيضاء في

Enfant OUALALOU Camelia

Age : 9 ans 1 mois

Poids : 25,00 Kg

(51,00 x 3)

1 MAXICLAV ENFANTS SIROP

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

2 PREDNI 20MG

Prendre 1 comprimé le matin, pendant 5 jours.

3 APIXOL SIROP

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

4 RISONEL SUSPENSION NASALE

Faire 1 pulvérisation le soir, pendant 1 mois.

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

6 APIRETIL SOLUTION BUvable

Graduation 25 , toutes les 6 heures si température s

Pr Makine OUAZZA

Lot:

190297

consommer

avant le:

05/2022

PPC: 79,50 DH

620,00

PHARMACIE OUAJMA
Nadia
Avenue du Prince Moulay Rachid
Casablanca - Tél.: 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/20UCAV1

PVC: 198 dhs

VMS
Healthcare

في حال
مصلحة ال
545، شار
الدار البيضا

PPV 51DH00

LOT B1807P PER 09/20

Dans cet
1. Qu'est
dans qu
2. Quelle
par ml,
3. Comi
buvable
4. Quels
5. Comi
buvable
6. Infor

**1. QU'EST
BUVABLE**

Classe :
MAXICLAV
contient
L'amoxi
peuvent
clavula
Indicat
MAXICLAV
suivant
• Infect
• Infect
• Infect
• Infect

**2. QU'EST
POUR SUSPENSION BUVABLE ?**

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament
Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le
avant de prendre ce médicament.

Contre-indications :

Ne prenez jamais MAXICLAV 100 mg/12,50 mg

dans le
• S'il est
ou à l'u
rubriqu
• S'il a
antibiot
Ceci pe
• S'il a d
lors de l
• Ne d
mentior
En cas
d'admin
Précauti
Faites a
buvable
Demand
administ
• Souffre
• Est trait
• N'urine
En cas d
d'admin
Dans cet
l'infectio
Selon les
ou un aut
Réactions

PPV 51DH00

LOT 1760 PER 03/21

particulière

Interaction avec les aliments

Sans objet.

Interactions avec les produits

aggraver cer
t des réactio
que votre en
réduire les
inaires
fectue des
nnelles hé
er le médec
fluer sur les
autres méd
d'autres mé
nd ou a pri
pharmacie
à base de p
d de l'alle
utanée alle
d du problé
dose de MA
destinés à
ICLAV*, d

fluer sur l
es maladie
fluer sur
refle d'org
aliments e

grossess
ent
int recevo
cin ou vot
à votre r
nent.

conduire

effet noto
antes con
suspensio
nt de l'As
cive chez

DRE MAXICLAV

bon usag
la posolo
ecin ou vo
ou voie(s)

e 40 kg ou
st général
Demand
is de 40 kg
it établies

Toutes res
• Votre médecin vous indiquera
ou enfant.
• Une seringue graduée en pla

problème
s problème
rescrire un
problème
de vérifier
r MAXICLAV
con avant
ent à vot
is de mar
4 heures.
AXICLAV
enfant pe
tions en
stré plu
ue vous
té excess
ées, vom
fant le p

mission
nner MA
donner
ite envil

Si votre enfant arrête de pr
suspension buvable :