

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Thérapie :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

Mise 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 personnelles.

S : 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  
Nº P19-0033367

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2240 Société : RAN Rehauts

Actif  Pensionné(e)  Autre : \_\_\_\_\_

Nom & Prénom : SABAS Nekhlaoui

Date de naissance : 01-01-1984

Adresse : Rue El me 15 - Nisri Oulps

Tél. : 0522 915195 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/01/2014

Nom et prénom du malade : SABAS Nekhlaoui 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 l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

18 SEP. 2019

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) :

# 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	
 DROITE      11 21      GAUCHE 12      22 13      23 14      24 15      25 16      26 17      27 18      28  HAUT  BAS      36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11					<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Date du devis</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>	
 DROITE      11 21      GAUCHE 12      22 13      23 14      24 15      25 16      26 17      27 18      28  HAUT  BAS      36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11		H	D 25533412 00000000	G 21433552 00000000	
		D 00000000	G 00000000		
		D 35533411	G 11433553		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					

VOLET ADHERENT	NOM :	SAAD	Mle 2270
DECLARATION N°		P 14 / 0028644	
Date de Dépôt		Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2270	
Nom & Prénom : SAAD MOHAMMED			
Fonction : Retraité	Phones : 0522 915125		
Mail : .....			
MEDECIN	Prénom du patient : .....		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age : 01-01-54 Date : 14/08/2015
Nature de la maladie : IHTAT al Hevara p/les de l'elys			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances : .....			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
Clapto	~	400,00	
PHARMACIE	Date : 14/08/19		
Montant de la facture : 225,00			
<b>ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES</b> Date : .....			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> Date : .....			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

*Docteur ZIZI MADANI*  
*Ortho-Rhino Chirurgie de la Face et du Cou*  
*Bd. Aigantane N°105 - Hay Hassani*  
*Casablanca - Tél. : 05 22 90 77 61*  
  
*Lamia DIOUR*  
*Pharmacie Missini - Casablanca*  
*Télé. 24 Angl. Rue 12 N° 1*  
*Cité Missini - Casablanca*  
*Télé. 05 22 90 05 29*

# Docteur ZIZI MADANI

OTO-Rhino - Laryngologue  
Chirurgie de la Face et du Cou

Bd. Afghanistan N° 105 - Hay Hassani  
Casablanca - Tél. : 05 22 90 77 01

الدكتور الزيزي المداني  
إختصاصي في أمراض الحلق والأنف  
والأذن - جراحة الوجه والعنق

شارع أفغانستان رقم 105 - الحي الحسني  
الدار البيضاء-الهاتف : 05 22 90 77 01

Casablanca, le

14/08/2018

الدار البيضاء، في

(L) S.A.D Qd.

140,00

4 Metabo pour une ch  
acrylatec x 5,-



30,20

4 pfeifer 1,8 fr40 Cuir

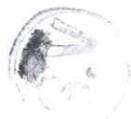
7ar



55,00

31 Antoxil 1  
225,20 200 mg

x6,-



Docteur ZIZI MADANI  
Ortho-Rhino - Laryngologue  
Chirurgie de la Face et du Cou  
Bd. Afghanistan N° 105 - Hay Hassani  
Casablanca - Tél. : 05 22 90 77 01

Lamia DIOUKI  
Pharmacie  
Rue 24 Angle Rue 12 N  
Cité Missimi - Casablanca  
05 22 90 05 29

**montrations** MEBO est un�me pour le traiteme de tous les types de brûlures, de lésions traumatiqes ou infectées.

d'ulcères des jambes et de la peau. MEBO rend à la peau son état naturel. Comment l'utiliser? Etende une couche d'un mm d'épaisseur sur la plâtre et répéter cette application toutes les 4 heures après avoir essuyé soigneusement les restes de pommeade et de liquide avec un mouchoir en papier doux ou un morceau de gaze; jus.

Lire la notice intérieure pour les instructions détaillées. Tenir hors de la portée des enfants.

Conserver à des températures inférieures à 25°C.

AMM: 1584DMP/21/NP

Distribué par: Laboratoires Novopharma.  
Z.I.12 TIR Meili, Casablanca. A. Faidi, Pharmacien Responsable

PPV: 160.00  
UTAV: 160.00  
LOT: 60038  
NOVOPHARMA

جعفرة كبيرة  
جرعة كبيرة  
8 تداليل معتبرة حتى 700 مل  
استر اموفولينو- الاتيلى من  
حامض النابوليك



#### Composition:

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) ..... 1g  
Excipient q.s.p. ..... 1 comprimé  
Contient de l'aspartam.  
Cet étui contient 12 comprimés dosés à 1g, soit 12g d'amoxicilline.

اموكسيلين ١غ يحتوي هذا الدواء على الأسبارتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرأوا المنشورة بالنتيجة قبل الاستعمال

Ce medicament peut causer des allergies  
Tenir hors de la vue et de la portée des  
enfants

يحفظ بعيدا عن متناول ومرأى الأطفال  
هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

PPV: 55,00 DH  
LOT: 611210  
PER: 10/20

AMOXIL 1g  
12 comprimés dispersibles

6 118000 160038

NIFLURIL

adulte

PPV 300DH20

EXP 12/2021  
LOT 80073 1

B.No.: 0684  
MFG. : 03 2019  
EXP. : 03 2024