

# 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.

## Prothèse :

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0046191

☒ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3351

Société : R A M

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JALAL Abdelhakim

Date de naissance : 01/10/60

Adresse : Bouchelag, n° 55 Casablanca

Tél. : 0673730831

Total des frais engagés : 168,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/10/19

Nom et prénom du malade : Jalal Abdelhakim

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Consultation

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 : 04/10/19

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
4/10/19	Consultation	1	Gratuit -	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE AZIZI  
Dr AZIZI Sofia  
23, Bd. El Marjani - Hay Oudja  
Tél. : 05 38 50 25 33 - 05 38 50 25 33

04/10/2019 = 168.207

# 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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

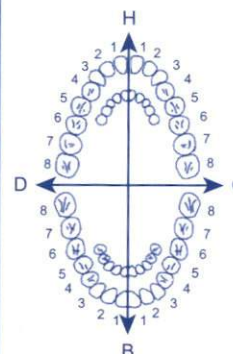
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

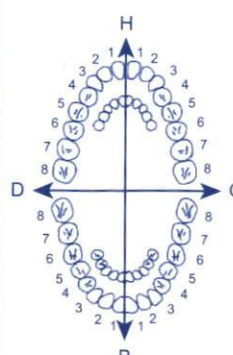
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



Diplôme de la faculté de médecine  
dentaire de Casablanca  
Diplôme en Orthodontie de l'Université  
de Bourgogne (France)  
Diplôme en Implantologie de  
l'Université Paul Sabatier (Toulouse)

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء  
حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة  
بوركون بفرنسا  
حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة  
تولوز

**ORDONNANCE**

Casablanca, le 04/10/2019

Mr. ABDELHAKIM JALAL

168.20

**1) AUGMENTIN 1 / 125 G / MG**

1 SACHET 2X/JOUR



PHARMACIE AZIZI  
23, Bd El Moudjahid - Hay Oudja  
Tél : 05 22 93 48 38 - 05 22 93 48 39

Dr. Hicham Affar  
Chirurgien Dentiste  
156, bd Oum Errabii El Oulfa  
Casablanca 2222  
Tél : 05 22 93 48 38 - 05 22 93 48 39

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN**

1g/125 mg

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية.  
يحفظ بعيدا عن متناول ومراى  
الأطفال، تحت درجة حرارة  
اقل من 25° وبعيدا عن الرطوبة.  
افروا النشرة بانتباه قبل الاستعمال

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda,  
Région de Rabat

Information médicale :  
GlaxoSmithKline Maroc  
42-44 Angle Bd Rachidi  
et Rue Abou  
Hamed AlGhazali,  
Casablanca 20 000



AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN**

1g/125 mg

poudre pour suspension  
buvable en sachet



AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN**

1g/125 mg  
Sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.  
Lire attentivement la notice avant emploi.  
...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الاكل، خلال ... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV: 168,20 DH  
LOT: 608413  
PER: 08/20

