

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 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° W19-516110

44907

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1209 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : DERKAOU TALKA

Date de naissance : 7/7/65

Adresse :

Tél. : 06 07 16 87 76 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr Mostafa DETSOULI
Otorhino - Laryngologie
120, Bd Moulay Idriss Ter
Casablanca - Tél: 0522 26 31 31

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : DERKAOU TALKA Age :

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

Nature de la maladie : Masse jugale (D)

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) :

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
07.2020	C3		300,00	INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

01/10/20 1580,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

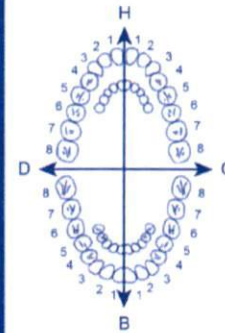
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien Date des Soins Nombre des Honoraires

A M P C I M I V

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

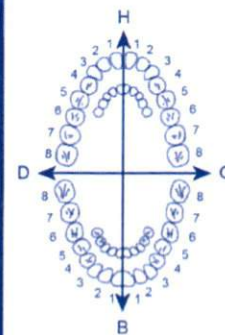


O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

Docteur Mostafa DETSOULI

Professeur d'oto-rhino-laryngologie
Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca
Formation spécialisée Approfondie en O.R.L.
Diplômé de Cancérologie O.R.L.



الدكتور مصطفى دتسولي
أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة وجراحة الوجه
أستاذ جامعي بكلية الطب سابقا
شهادة تشخيص وعلاج سرطان الحلق الأذن والحنجرة

Casablanca, le 01/10/2020 في الدار البيضاء،

Mme DERKAOU Malika

123,90
ROVAMYCINE 3M

1 comprimé matin et soir pendant , pendant 8 jours

NIFLURIL ADULTE

34,10
158,10
1 gelule, matin et soir , pendant 4 jours

STE PHARMACIE HAMZA
C. ANCA
Lotte Haj Idriss Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

Professeur Mostafa DETSOULI
Otorhino - Laryngologie
120, Bd. Moulay Idriss 1er
Casablanca - Tél: 0522 86 31 31

حافظ على سلامتك و سلامة عائلتك باحترام قواعد التباعد الإجتماعي و
وضع الكمامة باستمرار

ROVAMYCINE® 3 M.U.I.

Spiramycine

Voie orale

16 Comprimés pelliculés

SANOFI

Composition :

Spiramycine : 3 000 000 U.I.

Excipients q.s.p. un comprimé pelliculé.

Lire attentivement la notice avant emploi.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

Avaler les comprimés tels quels avec un verre d'eau.



Rovamycine 3 M.U.I

احذروا الجرعات الموصى بها
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول أ



P.P.A. : 1230490

ROVAMYCINE 3MUI

CP PEL B 16

LOT : 190301
PER.: 10 2022

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sebaâ

20250 Casablanca

Posologie : Selon les indications du médecin

لا يتحرك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

Laboratoires **LAPROPHAN** S.A.

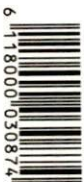
21, rue des Oudaya - Casablanca

Fabriqué au Maroc sous licence

des laboratoires UPSA (FRANCE)



NIFLURIL 250 mg
30 gélules



نيسفلوريل

حامض النيفلومي

30 كبسولة بكل منها 250 ملغ



أوبسا
مخاير

NIFLURIL

30 gélules

PPV 34DH10

EXP 05/2023
LOT 01040 2