

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.

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 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
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- 056277

ND: 46494

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9119 Société : RM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BRAHINI Abdelmoumen
Date de naissance : 16/5/86
Adresse : Lot Chabouh, Rue 24, Villa n°1, Casa
Tél. : 2870 Total des frais engagés : 185,4024 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR KHANOUSSI Spécialiste en ORL Clinique Bd. Ghandi 241 - Fax: 0522 99 42 40
Date de consultation : 17/07/2020
Nom et prénom du malade : BRAHINI Abdelmoumen Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection longue durée
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 : Casa Le : 17/07/2020
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
17/08/2020	G2	1		<i>[Signature]</i>

DR. KHALID YOUSSEF
Spécialiste en ORL
198, Bd. Ghannouchi
Tél: 05 22 26 23 35 - Fax: 05 22 99 42 40

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

17/08/20
18540

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

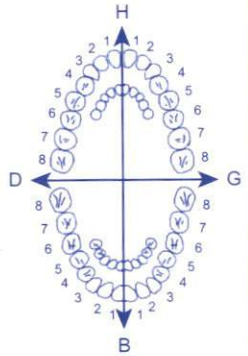
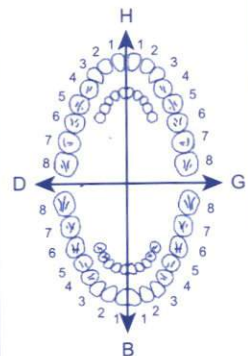
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

مصحة بوسيجور

CLINIQUE O.R.L. MAXILLO-FACIALE ET ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

Dr F. MEKOUAR
O.R.L.

Dr B. MOKRIM
Prof agrégé en O.R.L.

Dr K. YOUSSEFI
O.R.L.
Immuno-allergologie

Dr M. BERRADA SOUNNI
O.R.L.
Chirurgie Maxillo-Faciale
et Esthétique

ORDONNANCE
Préparée
Vérifiée

SEFI
jour

PHARMACIE COMMERCIALE
Othman ALAMI
9, Bd. Mohammed V-CASA
Tél: 05 22 26 23 12

le 17/08/2020

IBRAHIMI Abdelrahman

120.40 (1) chloralmine
1 sachet x 2 / 16 jours

61.90 (2) cephed 20g
3p 6ml avec un chewing-gum / 3 jours

185.40 (3) Dolostrip 1g
1 box x 3 / 0 en cas de douleur

PHARMACIE COMMERCIALE
Othman ALAMI
9, Bd. Mohammed V-CASA
Tél: 05 22 26 23 12

Dr. Khalid YOUSSEFI
Spécialiste en ORL
Clinique ORL Beausejour
198, Bd. Ghandi
Tél: 0522 99 42 41 - Fax: 0522 99 42 40



Poudre pour suspension
buvable en sachet

1g /125 mg



AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE
CLAVULIN

CLAVULIN
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

1g /125 mg

..... 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 الأكل، خلال...يوم.

اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 120,40 DH

LOT: 614273

PER: 06/21



CLAVULIN
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

1g /125 mg

Poudre pour suspension
buvable en sachet

Composition :

Amoxicilline 1000mg

(sous forme trihydratée)

Acide clavulanique 125mg

(sous forme de clavulanate de potassium).

Contient de l'aspartam (environ 30mg).

Mise en garde spéciale : risque d'allergie.

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية. يحفظ

بعيدا عن متناول ومراى الأطفال، تحت درجة

حرارة أقل من 25° وبعيدا عن الرطوبة



B200870-04

OraPred® 20mg
Prednisolone

30 comprimés effervescents



65,00



60X34X34

OraPred® 20mg



30 comprimés effervescents

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241829

أنظر البيان الداخلي قبل الإستعمال

Lire attentivement la notice avant utilisation

