

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0040086

ND 47796

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4819 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : Benfella Dakoua Sani

Date de naissance : 1. 4. 54

Adresse : .....

Tél : 0678 025601 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur A. DAOUD  
O.R.L.  
6, Rue DERNA - Rabat  
Tél : 05 37 70 58 88

Date de consultation : 05/10/2020

Nom et prénom du malade : Benfella Dakoua Sani Age: 65 ans

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

Nature de la maladie : leucémie

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : 05/10/2020

### 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 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

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



# 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
05/10/2020	ES		300,00	 Dr. A. DAUDI Rue DE RNA - Rabat Tel: 05 37 70 58 88

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Guedira Av. Allal Ben Abdellah Rabat	5/10/20	451,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

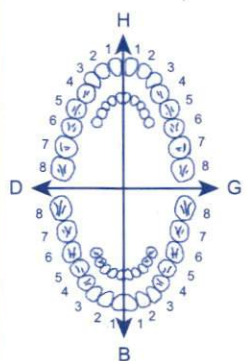
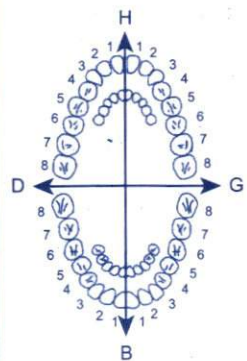
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur A. DAOUDI**

Lauréat de la faculté de Médecine  
de Nancy

DIPLOME D'OTO-RHINO  
LARYNGOLOGIE  
CHIRURGIE MAXILLO FACIALE



الدكتور عبد اللطيف الدلاوي

خريج كلية الطب بنانسي

اختصاصي في أمراض الحلق  
و الأنف و الأذن  
جراحة الوجه و العنق

الرباط. في 25/12/2020

3880x2  
76°

Fleurbaey (220) 2 boxes

7970 Azithrix (500)

16820  
12630

10 per box x 3 boxes

Augmentin (1g) 2 boxes

1 unit  
1 box

2 boxes

Pharmacie GUEDIRA  
17, Av. Allal Ben Abdellah  
Rabat

Docteur A. DAOUDI  
6, Rue Derna  
Tél : 05 37 70 58 88  
Rabat



**COMPOSITION :**  
Azithromycine (DCI) : 500 mg par comprimé pelliculé (sous forme d'azithromycine dihydrate) : 524,00 mg)  
excipients q.s.p un comprimé pelliculé.  
en dehors de la portée de la vue des enfants.  
lire la notice avant utilisation.  
Conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de la lumière.

**AZITHRIX**  
AZITHROMYCINE

3 comprimés pelliculés

التركيبية :

أزيتروميسين : 500 ملغ في قرص مغلف  
أزيتروميسين ثنائي هيدرات : 524,00 ملغ  
مواد ملغلة : قرص مغلف.  
يحفظ بعيداً عن مرآة ومشتول الأطفال.  
يجب قراءة النشرة قبل الاستعمال.  
يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية  
وبعداً عن الضوء.

Médicament autorisé N° 151 DMP/21/INRQ

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
احفظ الجرعات الموصوفة  
Uniquement sur ordonnance. (Liste I)  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لا تحة



**AZITHRIX® 500 mg**  
3 comprimés pelliculés



**Fluibron® 0,3%**  
Ambroxol

38,80

LOT 17024  
PER 05/20  
PPV 300H.80

**Fluibron®**  
Ambroxol



**Fluibron® 0,3%**  
Ambroxol

38,80

LOT 17022  
PER 05/20  
PPV 300H.80

**Fluibron®**  
Ambroxol



**AUGMENTIN**  
AMOXICILINE ACIDE CLAVULANIQUE

**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.  
مرة... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

PPV: 168,20 DH  
LOT: 629270  
PER: 09/21

عند

**AUGMENTIN 1g/125 mg**  
sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des  
repas, pendant ..... jours.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

PPV: 126,30  
LOT: 570681  
PER: 11/18

Augmentin® est une marque déposée de  
du Groupe GlaxoSmithKline.