

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-432696

50847

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1853	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	RETRAITE
Nom & Prénom : DAKACH MED NATION			
Date de naissance :	02/06/1953		
Adresse :	BLOC B8 RUE NR 4 MAISON NR 99 CITE DAKHLA AGADIR		
Tél. :	0528229797	Total des frais engagés :	390,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           Dr. Ahmed OUAZZANI            Rue 411 N° 8 ENNAHDA            Tél : 82-39-85 Agadir         </div>		
Date de consultation :	13/11/2020		
Nom et prénom du malade :	HADJANI SAIDA	Age :	60
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Comjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Enthérose		
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 : Agadir Le : 13/11/2020  
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-432696
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

Matricule : 1853  
 Nom de l'adhérent(e) : DAKACH  
 Total des frais engagés : 390,00 Dhs  
 Date de dépôt :

## **RELEVE 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
15/01/2014	C	1	120,-	INP : 04111654 Dr. Ahmed OUAZZANI Rue 411 N° 8 ENNAHDA Tél : 02-39-95 Agadir

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/11/10	240.-

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

AUXILIAIRES MEDICALS

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **VOLET ADHERENT**

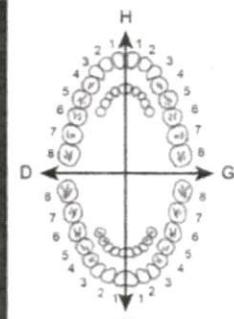
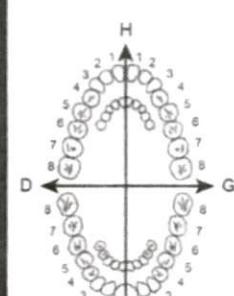
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		D	B	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H	G																			
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
D	B																			
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ahmed OUAZZANI T.

Médecine Générale

Rue 411 N° 8 Ennahda - AGADIR

Tél. : 05 28 82 39 95

الدكتور أحمد الوازاني

الطب العام

زنقة 411 رقم 8 النهضة - أكادير

الهاتف : 05 28 82 39 95

N<sup>o</sup>: HADIANI SAIDA

15.11.2020

240.00 n° 29111/131M190

Seroplique 10. ml 458 -



14/11/ — 3mn2

PHARMACIE AL MANSOUR EDDAHBI  
Dr. LAMIA OUSSERHIR  
61, AV. Al Mansour Eddahbi  
Cité Dakhla - AGADIR  
Tel: 05 28 22 01 45  
INPE: 042007377

Dr. Ahmed OUAZZANI T.  
Rue 411 N° 8 ENNAHDA  
Tél: 82-39-95 Agadir

28 comprimés pelliculés sécables / 28 scored film coated tablets

# Seroplex® 10 mg

## escitalopram

Voie orale / Oral route

DE N° 07/16A 105/381



Titulaire - Holder / Fabricant - Manufacturer : H. Lundbeck A/S - Copenhagen - Denmark

DZ-MA-TN-107-22-10-230 SW

Mfg.date:

Exp.date:

Batch No.:

28 comprimés pelliculés sécables

28 scored film coated tablets

## Seroplex® 10 mg

### Composition / Formula / Composição:

Escitalopram / Escitaloprama ..... 10,00 mg

Sous forme d'oxalate d'escitalopram / Corresponding to escitalopram oxalate / Na forma de oxalato de escitalopram 12,77 mg.

Pour 1 comprimé pelliculé sécable / For one film coated tablet / Para um comprimido seccionável revestido por película.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Conserver à une température inférieure à 30°C.

Carefully read the leaflet before use.

Keep out of the reach and sight of children.

Stocks

Maphar

Km 10, Route Côtière 111,

Ql Zenata Ain seba Casablanca

Seroplex 10mg cp sec b28

P.P.V : 240,00 DH



6 118001 184989

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

STRICTLY FOLLOW THE PRESCRIBED DOSES

يجب احترام اجراءات الموصفات

Uniquement sur ordonnance / Liste I

For medical prescription only / List I

يصرف فقط بموجب وصفة طبية / لاتحة ا

التركيب: إيسينتالوبرام 10,00 ملخ - يشكل أوكسالات الإيسينتالوبرام 12,77 ملخ

لكل قرص مغلف قابل للقطع.

من فضلك اقرأ النشرة بانتهاء قبلا الاستعمال.

اترك بعده عن متناول الأطفال. - يحفظ في حرارة أدنى من 30°C.

سيروبيكس 10 ملغ

إيسينتالوبرام

قرص مغلف قابل للقطع - عن طريق الفم