

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

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6122

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

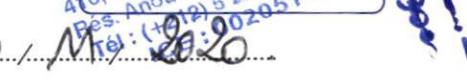
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :



Nature de la maladie :

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 : 17/12/2020

11 DEC. 2020  
ACCUEIL

## 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
<i>26/11/2022</i>	<i>C 3</i>	<i>30</i>	<i>30</i>	<i>DR. J. P. LUCAS - 16, rue de la République - 35000 Rennes - Tél. 02 23 55 21 12 Réf. : 0205143106012</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE CLEMENT</i>	<i>26/11/2022</i>	<i>580,30</i>

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

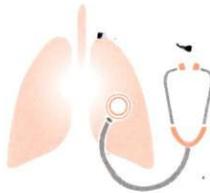
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental				

# Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur  
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie  
de Casablanca

Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation  
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)  
Pléthysmographie avec D.L.C.O. / Gaz du sang



# الدكتور عبدالعزيز باخطار

أستاذ التعليم العالي سابقاً

بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

شهادة A.F.S.A. (شهادة التدريب المتخصص

المعمق بمستشفى بوجون، باريس)

قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأوكسجين في الدم

26.11.2020

Casablanca, le ..... الدار البيضاء، في .....

Mme CHADLI NAIMA

1 - SAFLU 250

2 bouffées le matin et le soir, pendant 2 mois. se rincer la bouche après usage  
avec de l'eau ou boire un grand verre d'eau

2 - NASONEX 50 µg susp p pulv nasal : 120Doses

1 le soir, pendant 1 mois.

3 - FLIXOTIDE 250µg/dose susp p inhai : Fl/120d

2 le matin et le soir, pendant 2 mois.

4 - CEZIN 10 MG

1 le soir, pendant 2 mois.

5 - KOPRED 20 MG

2 par jour, pendant 5 jours.

6 - MAZAX 500

1 par jour, pendant 3 jours.

صيدلية كمilia  
PHARMACIE CAMELIA  
Mme. LEMSEFFER MENURA Mounia  
29, Rue Hassan Souktani  
Tél: 0522 27 17 07 - Casablanca

PROFESSEUR ABDELAZIZ BAKHATAR  
Pneumo-Pédiatre et pneumologue  
416, Bd. Abdelmoumen (Angle Bd. Anoual)  
416, Bd. Abdelmoumen (Angle Bd. Anoual  
Rés. Anoual Capital Center, 1er étage N°5  
Tél : (+212) 5 22 99 66 24 - Casablanca  
ICE : 002051431000012

**SAFLU** 250 microgrammes  
Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé  
120 doses



6 118001 101290

LOT: GB00765  
PER: 04/2023  
PPV: 185 DH 00

**NASONEX** 50 µg/dose  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Flacon de 40 doses  
PPV: 56,20 DH  
Distribué par MSD Maroc



6 118001 1150205 >

ID : 644220  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 150,00 DH  
6 118001 140336

**SAFLU** 250 microgrammes  
Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé  
120 doses



6 118001 101290

LOT: GB00765  
PER: 04/2023  
PPV: 185 DH 00

**Cezin**® 10 mg

28 Comprimés

6 118000 131069

**GENPHARM**

38400

AMM : 375/16 DMP/21/NCN

Kopred® 20 mg  
Boîte de 20 comprimés

6 118000 094586

**PHARMAS** LOT : 9679  
UT.AV: 04-23  
PPV : 36DH40

500 mg / افراص

**ZITHROMAX** 500 mg  
3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV.: 08 2022 P.P.V.

LOT N°: 1295682

79 70  
29,70