

# 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

- 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.

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

M22- 0016026

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1581 Société :

Actif  Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LIBRARY MOSTAFA

Date de naissance : 10/08/1973

Adresse : 3 Rue ABDELHAK EL KADMIRI

CPA 791 651 70 Dhs

Tél. : 0661321258 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/02/2023

Nom et prénom du malade : LIBRARY

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Abdellah + minchata

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : Casablanca Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## **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
13/02/23		2	150,-	Dr R. GUATI P.M. 1111111111111111 Nrc. 041094541

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Complexe Sport Dr.Kadiri hassani fatima 63, Rue Mansouri Mohamed Casablanca . Tél : 05 22 36 05 17 <b>INPE : 092019835</b>	13/02/23	641,80

## **ANALYSES - RADIographies**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

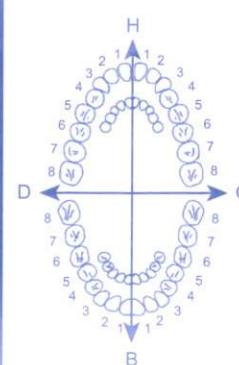
## Important

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<p align="center"><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table 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" style="border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: none;">B</td> </tr> </table> <p align="center"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <b>MONTANTS DES SOINS</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <b>DATE DU DEVIS</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
H	G															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# وصفة

## ORDONNANCE

$\text{SpO}_2 = 97\%$

le 13.02.23

40<sup>0</sup><sub>0</sub>  
F

LIDARY

MOSTAFA

1) Ejjoud long

3cp le matin et 2cp pas tard 5j

(79 + 2x2)

2) Lithium x 500 mg R.

1cp/j Tard 6j

Pharmacie du Complexe Sport  
Dr. Kadiri hassani fatima  
63, Rue Mamoun Mohamed  
Casablanca - Tel. 05 22 36 05 11

3) Clenil forte 250mg

8 6,5 " Shouffes matin } se en ce le bouche une  
45,3 " " " miel } suisse

4) Ventoline spray

Shouffes x 4 f

Dr. R. G'NATI  
Prm. 05 22 36 05 11  
INr. 041094541

5) Aleus cp  
102,6 " 1cp le soir

6) Romilest long  
210,0 " 1cp le soir a distee du repas



POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI  
 Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA  
 Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91  
 INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	763140	N° SEJOUR :	230006971	<b>FACTURE N° 2302002198</b>				DATE D'ENTREE :	13/02/2023	DATE DE SORTIE :	13/02/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	LIDARY,Mostafa				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI						
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S :						
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :					N° SE. SOC. ETRANG. :						
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :										
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
ACTES COTES EN C CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant : 15914 DR GHIATI RACHIDA PNEUMOLOGUE				TOTAUX :	150.00					150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR:	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 13/02/2023 EDITEE LE : 13/02/2023 PAR: SIBAI				ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA				N° DE POLICE :					DATE AT :	
				Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI						
				BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA						
				N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54						



دواء  
رو ميلاست  
مونتيلوكاست 10 ملغ

**ROMILAST® 10mg**  
30 comprimés pelliculés  
Voie orale



6 118001 300372

PPV : 210DH00

**Composition:**

Montéluksat sodique  
Équivalent en Montéluksat .... 10 mg.  
Excipients q.s.p un comprimé.

**Excipient à effet notable:** Lactose.

Indications, Contre-indications, Posologie  
& Précautions d'emploi: lire la notice à l'intérieur.

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

A conserver dans l'emballage d'origine,  
à l'abri de la lumière et de l'humidité.

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS  
احترم الجرعة المحددة  
TABLEAU A (Liste I)

التركيبة :  
مونتيلوكاست الصودي.  
ما يعادل من مونتيلوكاست ..... 10 ملغ.  
الdosage كمية كافية لكل قرص.  
سواخ ذو آثار معروفة: لاكتوز  
الإرشادات العلاجية. مواقع الاستعمال. الجرعة  
واحتياطات الاستعمال: إقرأ النشرة بالداخل.  
يحفظ في غلاف الخارجى الأصلى.  
بعدا عن الضوء والرطوبة.  
بعدا عن الضوء والرطوبة.

B. No . : BRC02020A  
EXP. JAN. 2024



GTIN : 18904159630302  
SP. No . : CR0015137AHBW

رو ميلاست® 10 ملغ  
مونتيلوكاست

Importé par: Sun Pharmaceuticals Morocco LLC  
219, Bd Zerkoune, Angle Bd Roudani, 5ème étage.  
CP 20330 El Maârif, Casablanca Maroc.  
Médicament Autorisé N°: 561/19 DMP/21/NRQd

مستورد من طرف  
صنان الدوائية المغرب ل.س  
219، شارع الزرقطوني، متنقى شارع الروانى، الطانق  
5، 20330 المغاريف، الدار البيضاء، المغرب.



4/6

**Romilast®**

MONTÉLUKAST

10 mg ١٠ ملغ

رو ميلاست®  
مونتيلوكاست

أيريوس  
5 ملغ

أقراص ملبسة

ديسلوراتادين  
عن طريق الفم

30 أقراص  
ملبسة

# AERIUS® 5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine  
voie orale

30 comprimés  
pelliculés

LOT : 103  
PER : MAI 2024  
PPV : 102 DH 60



MSD

**CLENIL  
FORTE<sup>®</sup>**

## Béclométasone dipropionate

## Aérosol doseur

250 microgrammes / doses

200 doses

Lire attentivement la notice avant utilisation  
Conserver à température inférieure à 25 °C.

Ne pas percer, ni jeter au feu même vide.

Réipient sous pression : ne pas exposer à une

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

Votre aérosol doit être nettoyé au moins une fois par semaine

**اقرأ النشرة المرفقة قبل الاستعمال**

حفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

لأنه ترقب و لا ترمي في النار حتى ولو كانت فارغة.

**بنية تحت الضغط : لا تعرض لحرارة مفرطة.**

يُحْفَظُ بِعِدَّا عَنْ مَرَأَىٰ وَمَتَنَاؤِلِ الْأَطْفَالِ.  
جَبْ تَنْظِيفُ الرِّشَاشِ مَرَّةً وَاحِدَةً فِي الْأَسْبَعِ عَلَىِ الْأَقْلَى.

chiesi

02/09/8

**Important :**  
Séparer les différents constituants de l'aérosol et rincer soigneusement l'ancilleur à l'eau tiède

CS0031.0615



# Ventoline

SALBUTAMOL

**100**  
microgrammes/  
dose

Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé  
**200 DOSES**

Lot  
EXP  
PPV

4 E 9 P  
05 2024  
45,30 DH

RESPECTER  
LES DOSES PRÉSCRITES



زিথرومَاكس  
أزيثروميسين

500 mg / أقراص 3

ZITHROMAX® 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

FORMULE :  
Azithromycine (sous forme de dihydrate) ..... 500 mg  
Excipient q.s.p. ..... 1 comprimé

Fabriqué par Laboratoires Pfizer S.A. MAROC  
avec l'autorisation de Pfizer Inc, New York, U.S.A.

• Marque déposée de Pfizer Inc

N° ADSP : 751/DMP/21

U.T.A.V. : 10 19

79180

P.P.V.

7 9 7 0

LOT N° : 1 2 4 7 5 7 5

09366030/4

RESPECTER  
LES DOSES PRÉSCRITES



زিথرومَاكس  
أزيثروميسين

500 mg / أقراص 3

ZITHROMAX® 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

FORMULE :  
Azithromycine (sous forme de dihydrate) ..... 500 mg  
Excipient q.s.p. ..... 1 comprimé

Fabriqué par Laboratoires Pfizer S.A. MAROC  
avec l'autorisation de Pfizer Inc, New York, U.S.A.

• Marque déposée de Pfizer Inc

N° ADSP : 751/DMP/21

U.T.A.V. : 10 19

79180

P.P.V.

7 9 7 0

LOT N° : 1 2 4 7 5 7 5

09366030/4