

## 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 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

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

N° W19-561764

172733

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12657 Société : Royal Air

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MERLASS NISINE

Date de naissance : 01/03/1988

Adresse : même adresse

Tél : 06 7384 084

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Amar BOUGHNAMA  
PEDIATRE ALLERGOLOGUE  
120, Bd. My Idrisse 1er - Casa  
Tél : 05 22 86 02 59

Date de consultation : 05 AOÛT 2023

Nom et prénom du malade : FARAR NANOUD

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

Nature de la maladie : Vaccination obligatoire

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 : 25/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET



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 AOUT 2023	ll	⑤	300 <sup>24</sup>	INP : INP : 09103616
				دكتورة أمل بوغنام Dr. Aml BOUGHNAM

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacie ou du Fondassess	Date	Montant de la Facture
<p>120, Bd. My. Indisse Ter -</p> <p>Tél : 05 22 86 02 59</p>	05.08.23	348,20

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

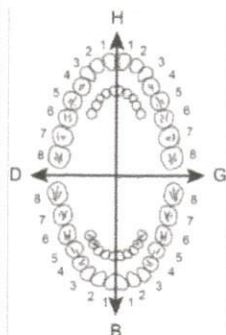
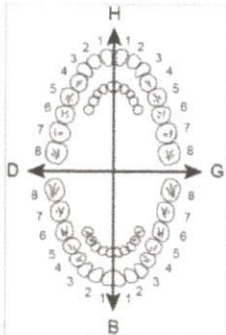
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Amal Boughnama

Pédiatre - Allergologue  
Homéopathe

الدكتورة أمل بوغنامة

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع  
أمراض الحساسية والربو  
الطب المثيل

Casablanca, le 05.08.2023

Nourrisson FAZAZ Mamoun

Poids : 12,80 Kg

Age : 23 mois 17 jours

139,20



1 PRIORIX pdre/solv p sol inj : FI+Ser/0,5ml

40,00

2 AZIX 900 MG



Prendre 13 doses par jour, pendant 3 jours.

149,00

3 MEBO CRÈME CICATRISANTE

1 application au besoin



T : 349,20

PHARMACIE DE LA SECURITE  
Nadia ELMANJRA BENCHEKROUN  
130, Bd My Driss Ter  
Tél: 0522 86 22 45 - Casablanca

الدكتورة أمل بوغنامة  
Dr. Amal BOUGHNAMA  
PEDIATRE ALLERGOLOGUE  
120, Bd. Moulay Idriss 1<sup>er</sup> - Cas  
Tél: 0661 265 599 - 0522 860 259/60



# AZIX<sup>®</sup>

**40 mg / ml** Azithromycine

**900 mg**

Poudre pour suspension buvable



NOURRISSONS

**b**

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Aïn Sebâa - Casablanca  
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV:70DH00

PER:01/26

LOT:M371

# Priorix



Measles, mumps and rubella vaccine  
Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole  
Vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola

Powder and solvent for solution for injection  
Poudre et solvant pour solution injectable  
Polvo y solvente para solución inyectable

**Subcutaneous use or intramuscular use**  
**Voie sous-cutanée ou voie intramusculaire**  
**Vía subcutánea o vía intramuscular**

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV:139,20 DH  
ID:651893  
118001 140923



**1 dose/dosis (0.5 ml)**

1 vial with powder + 1 pre-filled syringe  
with solvent + 2 needles  
1 flacon avec poudre + 1 seringue pré-remplie  
avec solvant + 2 aiguilles  
1 vial con polvo + 1 jeringa prellenada  
con solvente + 2 agujas

# Priorix



1 dose/dosis (0.5 ml)

Trade marks owned or licensed by GSK  
©2019 GSK or licensor





Julphar

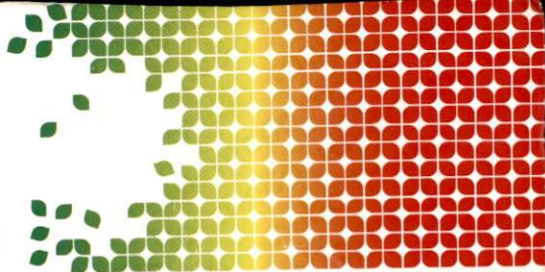
# mebo

0.25% W/W  $\beta$ -sitosterol

30 g

Brûlures | Plaies | Ulcères cutanés

Pommade à base de plantes



Tube de 30 g

Pommade dermique

**mebo**

0,25%



**Composition:**

Extrait de l'huile de sésame ( $\beta$ -Sitostérol)..... 81-85 /100g  
Excipient ..... QSP tube de 30 g

**Excipient à effet notoire:** Huile de sésame

Conserver à une température ne dépassant pas 25°C

Ne pas Laisser à portée et à La vue des enfants.

**Pour les indications, les contre-indications, Les effets secondaires, La posologie:** voir notice

PPV: 140,00 Dhs

AMMN°:318/12 DMP/21/NCF

**Distribué par** LABORATOIRE PHARMACEUTIQUE  
NOVOPHARMA, Z.I. 1, Tit Mellil -Casablanca - Maroc.

**Sous licence des** Industries Pharmaceutiques du Golfe –  
Julphar, Ras Al Khaimah, E.A.U

**Avec l'autorisation de:**

Beijing Guangming Chinese Medicine Institute for  
Burns, Wounds & Ulcers, China et de l'inventeur de  
MEBO, le Professeur Xu Rongxiang.